

TERCERA EDAD

Raquel BERNABÉ JIMÉNEZ

**APROXIMACIÓN A LOS PROCESOS
DE ENVEJECIMIENTO EN
NAVARRA: FACTORES,
PERCEPCIÓN Y PREFERENCIAS DE
CUIDADO**

TFG/*GBL* 2020

upna

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Grado en Trabajo Social

Grado en Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado
Gradu Bukaerako Lana

***APROXIMACIÓN A LOS PROCESOS DE
ENVEJECIMIENTO EN NAVARRA: FACTORES,
PERCEPCIÓN Y PREFERENCIAS DE CUIDADO***

Raquel BERNABÉ JIMÉNEZ

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA**

Estudiante / Ikaslea

Raquel BERNABÉ JIMÉNEZ

Título / Izenburua

Aproximación a los procesos de envejecimiento en Navarra: factores, percepción y preferencias de cuidado

Grado / Gradu

Grado en Trabajo Social

Centro / Ikastegia

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea
Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Director-a / Zuzendaria

Lucia MARTINEZ VIRTO

Departamento / Saila

Departamento de sociología y trabajo social

Curso académico / Ikasturte akademikoa

2019/2020

Semestre / Seihilekoa

Primavera / Udaberrik

Resumen

En España vivimos en una sociedad donde la población cada vez está más envejecida, consecuencia de una baja natalidad y del aumento de la esperanza de vida, pero vivir más años no tiene por qué implicar vivir mejor. El envejecimiento se considera una de las etapas de la vida donde más cambios se producen, en el que las personas mayores asumen nuevos roles y necesitan una gran capacidad de adaptación. Existe mucha preocupación sobre cómo se están produciendo los procesos de envejecimiento, no sólo en lo relativo al deterioro físico, sino también en lo que respecta a la gestión de los cuidados y los sentimientos de soledad. El objetivo de este trabajo es identificar como se están produciendo los procesos de envejecimiento en las personas mayores que viven solas en Navarra, conocer qué factores inciden y cómo perciben las personas mayores su proceso. Por ello, resulta necesario encontrar fórmulas que garanticen una atención integral y resulta necesario incidir en la importancia de abordar la soledad.

Palabras clave: envejecimiento; personas mayores; factores; redes de apoyo; soledad.

Abstract

In Spain we live in a society where the population is getting older and older, as a result of a low birth rate and increased life expectancy, but living longer does not have to mean living better. Ageing is considered to be one of the stages of life where most changes take place, in which older people assume new roles and need a great capacity to adapt. There is much concern about how ageing processes are occurring, not only in terms of physical decline, but also in terms of managing care and feelings of loneliness. The aim of this paper is to identify how ageing processes are occurring in older people living alone in Navarra, to find out what factors are involved and how older people perceive the process. It is therefore necessary to find formulas that guarantee comprehensive care and to stress the importance of tackling loneliness.

Keywords: Ageing; Elderly people; Factors; Support networks; Loneliness.

Índice

Introducción.....	9
1. Objeto de estudio (OE)	12
2. Hipótesis y objetivos del trabajo	13
3. Marco teórico.....	15
3.1 Envejecimiento y personas mayores	15
3.1.1 Concepto de envejecimiento	15
3.1.2 Desafíos en el envejecimiento	16
3.1.3 Transformaciones en la vida de las personas mayores	18
3.1.4 Reto social	20
3.1.5 Fenómeno envejecer viviendo en casa, “Aging at home” o “Aging in place”	21
3.2 La soledad en las personas mayores.....	22
3.2.1 Aproximación al concepto de la soledad	22
3.2.2 Factores vinculados a la soledad.....	26
3.2.2.1 Edad.....	27
3.2.2.2 Género.....	28
3.2.2.3 Estado civil.....	29
3.2.2.4 Red social y apoyo social.....	30
3.2.2.5 Nivel socioeconómico – educativo.....	31
3.2.2.6 Salud	33
3.3 Repercusiones de la soledad en la vida de las personas mayores	34
3.4 La soledad en cifras	36
3.5 Aproximación demográfica al envejecimiento	43
3.5.1 El envejecimiento en nuestro entorno.....	43
3.5.2 Perfil de las personas mayores que viven solas	47
3.6 Sistema de atención y provisión de cuidados de las personas mayores en Navarra.....	49
3.6.1 Marco normativo	49
3.6.2 Planes y estrategias para la atención de personas mayores.....	53
3.6.3 Recursos existentes	54
3.6.3.1. Recursos públicos destinados a la atención de los cuidados de personas mayores en Navarra:	55
3.6.3.2 Servicios de atención desde el Tercer Sector	63
3.6.3.3 Redes sociales y familiares.....	65
3.6.3.4 La importancia de la comunidad en el cuidado	67
4. Metodología	69
5. Análisis de los resultados.....	74
5.1 La existencia de problemas de salud en las personas mayores afecta de manera directa en el proceso de envejecimiento	74

5.2El proceso de envejecimiento de las personas mayores se ve influenciado por la carencia de redes de apoyo en sus vidas	77
5.3Las personas con menor nivel de estudios y/o menos ingresos cuentan con menos vida social y de ocio.....	79
5.4Las personas de mayor edad son más vulnerables a padecer sentimientos de soledad	82
5.5Las preferencias de cuidado se mantienen en el entorno y continúan prevaleciendo los patrones de género en los ideales de cuidado	85
Conclusiones y cuestiones abiertas.....	88
Referencias	92
Anexos	100
Anexo 1: Esquema bloques preguntados	100
Anexo 2: Tablas y gráficos	102
Anexo 3: Explotación en base de datos	105

INTRODUCCIÓN

En la actualidad vivimos en una sociedad cuya población cada vez está más envejecida. La tendencia es que las pirámides poblacionales tiendan a invertirse, principalmente como consecuencia de una baja natalidad y el aumento de la esperanza de vida, pero vivir más años no tiene por qué implicar vivir mejor. A lo largo de los años, la sociedad se ha ido modificando, se evidencia una sociedad más individualista, con menor apoyo familiar, las familias se sitúan más lejos y las redes de apoyo han ido cambiando. Hecho que se justifica con la menor disponibilidad de tiempo y la necesidad de ir corriendo a todas partes. Pero, ¿y nuestros mayores? ¿Cómo viven estos cambios? ¿Cómo les afectan?

España cuenta con una población envejecida, donde cada vez es mayor el número de personas mayores que viven solas, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el 41,8% de los hogares unipersonales corresponde a personas con 65 años o más. En el caso de Navarra, la cifra de hogares unipersonales ocupados por personas mayores alcanza el 37,8%. Una parte de esta población se encuentra en situación de vulnerabilidad y fragilidad debido a la falta de apoyos necesarios en su día a día. El hecho de vivir solo es uno de los factores de riesgo para que surja la soledad. Varias investigaciones demuestran que los mayores que viven solos sienten más soledad que los que viven en compañía, aunque no todos los mayores que viven solos se tienen porqué sentir soledad, no existe una causa y efecto. Sin embargo, la realidad es que los mayores forman parte de un colectivo vulnerable; falta de redes sociales, escasa participación en la comunidad, en ocasiones incapacidad funcional y psíquica, pérdida de autonomía etc. Estas situaciones pueden dar lugar al sentimiento de soledad. Se muestra que la soledad está relacionada de forma directa con diversos problemas, como por ejemplo alteraciones en el ciclo del sueño, deterioro cognitivo, demencia, pérdida de autoestima, depresión y problemas cardiovasculares. La soledad incide en el empeoramiento de la salud de nuestros mayores. Por lo tanto, hablamos de la soledad de forma negativa, y causante de situaciones de vulnerabilidad. A esto hay que sumarle que la soledad cuenta con un gran estigma social, las personas suelen vivirla de forma

negativa, y es difícil de confesar e incluso es complicado detectarla desde los Servicios Sociales, por lo que nos enfrentamos a una problemática social invisible.

Desde el Trabajo Social se da respuesta a estas situaciones y se atiende a las necesidades que presenta este colectivo. Concretamente, la atención primaria de servicios sociales atiende a las personas mayores, y trabaja para crear estrategias de cuidados en el entorno, promoción de la autonomía etc. Esto supone un nuevo reto para los Servicios Sociales y sus profesionales. De esta forma, como futuros profesionales se deben buscar nuevas estrategias, metodologías innovadoras para poder intervenir en nuevos proyectos o poder prevenir o disminuir esta problemática social.

El objetivo principal de este trabajo es conocer cómo viven las personas mayores de 65 años que viven solas en Navarra, identificando los factores que condicionan o intervienen en esta etapa de la vida, las necesidades que presentan, cómo perciben el fenómeno de la soledad y cuáles son las preferencias en la gestión de los cuidados.

Este Trabajo de Fin de Grado presenta los resultados obtenidos a partir de un análisis bibliográfico y una investigación cualitativa sobre el envejecimiento, preferencias en el cuidado y la percepción de la soledad en personas mayores de 65 años teniendo en cuenta la multidimensionalidad de este fenómeno. Partiendo de ello, el trabajo se estructura en 7 apartados.

Una primera parte formada por el objeto de estudio donde se expresa de manera concisa el tema que se va a abordar. A continuación, se marcan los objetivos e hipótesis, motores que impulsan el proceso de la investigación. El apartado 3, engloba el marco teórico que contextualiza el objeto de estudio. El marco teórico se divide en diferentes bloques, por un lado se contextualiza el envejecimiento y las personas mayores, y por otro el fenómeno de la soledad. El apartado siguiente, el cuarto, incluye la metodología de la investigación, en donde se da una explicación técnica del proceso y se desarrolla análisis de los datos obtenidos. En la cuarta parte se exponen los resultados obtenidos a través del estudio realizado.

En la sexta y última parte de este trabajo se incluyen principalmente las conclusiones obtenidas, junto a las propuestas o cuestiones abiertas que se consideran oportunas.

Y para finalizar, se exponen las referencias consultadas a lo largo del proceso de investigación.

El conjunto del trabajo pretende exponer como es la etapa de envejecimiento de las personas mayores de 65 años que viven solas en Navarra, conocer cómo perciben estas personas su propio proceso y qué factores son condicionantes tanto en el envejecimiento como en el fenómeno de la soledad. También se espera mostrar que necesidades plantea este colectivo y replantear la intervención con posibles propuestas alternativas.

1. OBJETO DE ESTUDIO (OE)

El objeto de estudio de este trabajo es conocer los factores que inciden en el proceso de envejecimiento de las personas mayores de 65 años que viven solas en la Comunidad Foral de Navarra.

Esta investigación se centrará en conocer qué factores son los que influyen a la hora de afrontar esta etapa de la vida y profundizar en los sentimientos y carencias que se generan, con una perspectiva centrada en conocer las necesidades de esta población, las preferencias entorno a la gestión de los cuidados y en especial en el fenómeno de la soledad.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL TRABAJO

El presente trabajo está motivado por el interés de conocer los procesos de envejecimiento dado el aumento de las personas mayores en las sociedades actuales y se considera necesario conocer su opinión y forma de percibir esta etapa de sus vidas. Además estas personas son frágiles y vulnerables ante el fenómeno de la soledad. Si bien, la soledad es un fenómeno que puede afectar a lo largo de la vida de cualquier persona pero, se acrecienta con la edad. La soledad es un sentimiento que contribuye a deteriorar la salud y por tanto en un espacio atención a las personas mayores cardinal.

Las hipótesis previas a validar serían las siguientes:

- Los factores sociodemográficos, como la salud, el nivel de estudios etc. afectan en el proceso de envejecimiento.
- Las personas que padecen problemas de salud referirán sentirse más solas o encontrar obstáculos para realizar actividades sociales y de ocio.
- Existen factores que condicionan la vida social y de ocio de las personas mayores.
- La edad es un factor que incrementa el sentimiento de soledad.
- Los patrones de género permanecen marcados en los ideales de cuidado.
- En general, las personas mayores prefieren de envejecer y ser cuidados en sus casas.

Objetivo general:

- Identificar como se están produciendo los procesos de envejecimiento en las personas mayores, qué factores inciden, cómo perciben las personas mayores su proceso, cómo les afecta el fenómeno de la soledad y cuáles son las preferencias en la gestión de los cuidados

Objetivos específicos:

- Analizar la relación existente entre los factores sociodemográficos, como por ejemplo, el nivel de estudios, la salud, la edad o la trayectoria laboral y el proceso de envejecimiento.
- Identificar los factores condicionantes que les impiden participar en la esfera social y relacional.
- Conocer las preferencias de cuidados y atención de las personas mayores.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Envejecimiento y personas mayores

El envejecimiento es un proceso que todas las personas desarrollan en el transcurso de la vida, aunque cada persona lo vive y percibe de manera distinta.

3.1.1 *Concepto de envejecimiento*

El envejecimiento es una etapa de la vida que se reconoce cuando llegamos a los 65 años, coincidiendo con la edad de jubilación; es un proceso universal, intrínseco y paulatino que se desarrolla a lo largo de la vida de todas las personas. Cada individuo tiene una vivencia única del mismo y no todos envejecen al mismo ritmo ya que dependerá del estilo de vida llevado y de distintos factores internos y externos. Es algo abstracto y como consecuencia de la abstracción, no existe una única teoría que explique este proceso, ni una única definición, por lo que se recurre a definirla según diferentes criterios. El criterio cronológico define la vejez en función de la edad del individuo, el criterio biológico es el que se basa en el desgaste de los órganos y tejidos del cuerpo físico; el criterio funcional, asociado a la pérdida de funciones, tanto físicas como psíquicas e intelectuales y por último el criterio socio-laboral que es aquel que considera la jubilación como el comienzo de la vejez. Ninguno de los criterios mencionados anteriormente define por sí solo la vejez, puesto que, únicamente se centran en un solo aspecto del individuo y no la consideran de forma global como una manifestación del fenómeno del envejecimiento del individuo en todo su conjunto. Es decir, es como si fragmentasen al individuo.

Castañeda (2009) define “El envejecimiento, como proceso fisiológico continuado, viene condicionado por determinantes genéticos, ambientales, hábitos tóxicos, falta de uso y enfermedades, entre otros” (Castañeda, 2009, pp. 61).

Para Guerrini, “La vejez es una etapa del ciclo vital, del curso de la vida de las personas, una fase natural, dinámica y evolutiva” (Guerrini, 2010). En ella se dan modificaciones morfológicas, funcionales, psíquicas y sociales que pueden llevar a la dependencia.

Según la definición de la Real Academia Española de la Lengua, se define la vejez “al periodo último de decadencia fisiológica en la vida de los organismos”; esta definición apunta una clara connotación negativa expone una evidente condición exclusivamente biológica que implica decadencia. Pero lo cierto es que debe considerarse desde tres perspectivas bio-psico-social, porque con el paso del tiempo los mayores experimentan las alteraciones físicas, psicológicas y sociales, y en el que se manifiesta de un modo altamente diferencial y asincrónico (García, 2003).

Como se puede ver existen múltiples definiciones de envejecimiento, pero la gran mayoría coincide en que es la última etapa de la vida de todas las personas y la definen como una fase natural en la que las personas experimentan distintos cambios en su vida y no sólo a nivel físico, también psíquico y social. Además, autores de distintas épocas, asocian el envejecimiento con tres crisis: La crisis de identidad donde se viven un conjunto de pérdidas que pueden deteriorar la propia autoestima; La crisis de autonomía, dada por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse en las actividades de la vida diaria (AVD); La crisis de pertenencia, experimentada por la pérdida de roles y de grupos a los que la vida profesional y las capacidades físicas y de otra índole que afectan en la vida social.

Las personas, como resultado de este proceso se enfrentan a una serie de cambios que requieren adaptación, y estos cambios generan nuevos retos y necesidades.

3.1.2 Desafíos en el envejecimiento

En esta etapa de la vida, como se ha visto en las definiciones de envejecimiento, las personas se enfrentan a distintos cambios o desafíos, destacando el estado de salud, el estigma social y la soledad.

El proceso de envejecimiento está estrechamente relacionado con el estado de salud. Las personas mayores sufren cierto deterioro, pero no es igual en todas las personas ni se vive o afronta de la misma forma. Los cambios relacionados con la salud pueden ser físicos como por ejemplo dificultades o imposibilidad para realizar ciertas tareas cotidianas (levantarse o acostarse de la cama, vestirse o desvestirse, caminar, alimentarse, asearse etc.) o instrumentales (cocinar, limpiar la casa, hacer la compra,

manejar el dinero, controlar la medicación, desplazarse por la calle, utilizar el transporte, realizar gestiones). También se pueden dar deterioros cognitivos, enfermedades mentales etc. Cuando una persona se encuentra con algunas de estas dificultades, debido a una pérdida o una disminución de su capacidad funcional, pueden derivar o generar situaciones de dependencia y nazca la necesidad de precisar ayuda por parte de otra persona.

El concepto de Dependencia definido según el artículo 2 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, es el “Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”. Esta situación afecta a las personas mayores de 65 años, concretamente aumenta a partir del grupo 85 y más años. Las limitaciones impactan en el 53,7% (mujeres 61,8% frente a 38,8% de los hombres), según los datos del informe IMSERSO (2016).

Otro desafío a los que se enfrentan las personas mayores en la vejez es al estigma social. Se ha identificado que tanto a nivel cultural como social se percibe a las personas mayores como un colectivo enfermo, con problemas físicos, mentales que carecen de autonomía etc. Es decir, se cataloga a este colectivo con aspectos negativos y en ocasiones se les excluye a nivel social. Actualmente continúan estos estereotipos que califican a este colectivo como personas pasivas, lentas, tristes, enfermas, incapaces de hacer cosas nuevas o conservadoras (López, 2013). La imagen de este colectivo se ve deteriorada como un estorbo o una carga para el país, se culpa al envejecimiento como una de las últimas causas de déficit del Estado de Bienestar provocando insostenibilidad en las pensiones (Trinidad y Sánchez, 2016). En referencia a ello, la Caixa Obra Social “La Caixa” refiere que continúa habiendo estereotipos como por ejemplo que el deterioro físico y mental es común en la vejez o que las personas mayores son como niños, lo que induce que las personas mayores sean más vulnerables ante situaciones de aislamiento y fragilidad, dando lugar a un trato inadecuado.

Muy relacionado con los dos desafíos anteriores o como consecuencia en muchas ocasiones de ellos, surge la soledad. La etapa de la vejez puede ocasionar la pérdida de relaciones sociales, falta o disminución de la motivación para establecer nuevas relaciones, pérdida de autonomía y autoestima, lo que puede llevar a la persona a aislarse y refugiarse en sí mismos y derivar en soledad. La soledad es una realidad social existente en las sociedades actuales a la que hay que hacer frente. Es un nuevo reto al que el trabajo social debe enfrentarse y el cual explicaremos a lo largo del presente trabajo.

3.1.3 Transformaciones en la vida de las personas mayores

Las personas mayores a lo largo de sus vidas han vivido una serie de transformaciones, no hablamos de transformaciones únicamente a nivel personal, sino también social. Las transformaciones sociales a destacar que han trascendido en la vida de las personas mayores en los últimos años son, por un lado, el cambio del modelo de familiar y el cambio del rol de la mujer.

Tradicionalmente, se observaban familias extensas en el que se destacaba el modo de convivencia agrupadas por generaciones, es decir, convivían abuelos, padres e hijos y se caracterizaba porque generalmente era el hombre el que trabajaba fuera de casa y la mujer se encargaba de compaginar la crianza de los hijos y el cuidado de las personas mayores con las tareas domésticas.

En la actualidad, la familia es mucho más reducida, se disminuye el número de matrimonios, se reduce el número de hijos, la creciente inserción laboral de la mujer, aumento de la edad media tanto el matrimonio como la maternidad, caída de la fecundidad, incremento de las uniones de hecho y de los nacimientos fuera del matrimonio, alza del divorcio, la desaparición progresiva de las familias numerosas y el incremento de los mayores que viven solos (López y Díaz, 2013).

Por lo tanto, los mayores se enfrentan a un presente que está en continuo cambio, ya que tradicionalmente era la familia y las fuertes relaciones vecinales quienes se ocupaban de atender a las personas mayores en sus tareas de atención y cuidado; esta era la forma de garantizar su bienestar personal y social (Berzosa, 2018). Los factores

sociales y culturales han hecho que perviva un modelo que se ajustaba a unas bases familiares (modelo de bienestar familista). Hoy en día, se sumergen en un profundo cambio, y como consecuencia, impulsan unas demandas que exigen cambios en el sistema de cuidados. Las relaciones vecinales también se han ido empobreciendo, no existe la misma cultura que en el pasado, ni es lo mismo en los grandes núcleos urbanos que en los pueblos. Las personas mayores se encuentran con una carencia de redes vecinales que les aporten apoyo, esto se debe a el continuo trajín de personas que entran y salen como consecuencia de los alquileres, antes las personas tendían a comprar un piso y estabilizar en el sus vidas para siempre. En ocasiones tan siquiera se conocen entre vecinos o no existe trato más allá de ser educados.

Otra de las transformaciones es el paso de ser personas en activo laboralmente a estar jubilados. La jubilación es uno de los fenómenos que más puede afectar a los mayores en varios aspectos de su vida debido a sus connotaciones económicas, por las ocupaciones de tiempo (ahora tendrán más tiempo libre) y las relaciones sociales. La jubilación puede tener un efecto positivo, pero también puede tener efectos negativos como, por ejemplo, si la mayor parte de su vida giraba alrededor del trabajo, desvinculación a nivel social, también puede aparecer sentimientos de inutilidad, o sentimientos de soledad.

Es importante hacer hincapié en que la calidad de la vida no solo depende de las condiciones económicas, vivienda, financieras, sino que depende de la posición que ocupe tanto dentro de la familia como dentro de la comunidad, de su desarrollo y contribución social. Por ello se tiene que tener en cuenta mantener su calidad, sentimiento de seguridad e identidad de cada individuo (Miers, 2005), naciendo así un nuevo reto social y unas necesidades a las que dar respuesta.

3.1.4 *Reto social*

La soledad es uno de los grandes retos sociales a los que se necesita dar respuesta para satisfacer las necesidades de nuestros mayores. Varios estudios demuestran que la soledad es una de las enfermedades más graves de algunas personas mayores. Como se ha visto, el proceso del envejecimiento supone importantes cambios en la vida de las personas, y no se debe olvidar que la población cada vez está más envejecida.

La soledad en las sociedades actuales y tras los cambios sociales acontecidos ya mencionados, se agrava, y como dice Miers (2005), “El anonimato de las grandes ciudades, un débil conocimiento de los vecinos, los hijos en el extranjero o lejos, o el no tener hijos, contribuyen a crear un vacío en la vida del que envejece, y si no se posee la capacidad de crear nuevos lazos relacionales, de intercambio y de ayuda, el aislamiento y el repliegue se transforma en soledad”.

El envejecimiento de la población española, supone un gran progreso por un lado, pero por otra parte, es un reto para las políticas sociales y los sistemas de bienestar social, contribuyendo éstos para que las personas mayores puedan seguir teniendo un nivel alto de participación en la sociedad y evitando la soledad que puedan sentir. Para ello es necesario escuchar sus necesidades, intereses, conocer qué piensan, acompañarles en su proceso etc. se debe tener en cuenta que las personas mayores tienen más dificultades para exigir sus derechos, disminuyen las oportunidades de integrarse en la sociedad y tienen mayor riesgo de sentirse solos/as. Una de las preferencias existentes hoy en día y la cual puede agravar el sentimiento de soledad si se carece de redes de apoyo familiares, sociales, vecinales etc, es el fenómeno denominado “aging in place” o “aging at home”.

3.1.5 *Fenómeno envejecer viviendo en casa, “Aging at home” o “Aging in place”*

Un aspecto de este proceso de envejecimiento poblacional que merece la atención es el fenómeno social denominado “aging at home”. Según Monte (2017), la mayoría de los mayores prefieren seguir viviendo en sus hogares el mayor tiempo posible, con cierto nivel de independencia en lugar de una residencia, es decir, el fenómeno dominado “Aging in place” que hace referencia el hecho de vivir donde siempre, en su entorno habitual (Del Monte, 2017), aunque ello suponga vivir solo. Seguir viviendo en la propia casa puede preservar la salud si las condiciones del hogar y la funcionalidad de la persona son adecuadas. En el estudio de Fernández-Carro (2016), el porcentaje de personas que prefieren envejecer en casa es del 90 %. Más del 80 % de los españoles de 85 años o más siguen viviendo en hogares privados, mayoritariamente en sus propios hogares (Fernández-Carro, 2016).

Además, envejecer en casa significa permanecer conectado con el barrio y por tanto, aumenta el sentido de pertenencia. La necesidad de pertenecer es una necesidad básica. No lograr esa pertenencia se relaciona con mayores sentimientos de soledad. Pero para seguir viviendo en casa son necesarios, al menos, tres factores: que las características del entorno físico sean adecuadas (vivienda y entorno comunitario); que haya recursos materiales disponibles; y que exista una red social que proporcione apoyo. Es decir, se deben crear redes de apoyo, servicios y recursos que posibiliten y garanticen este mantenimiento en el hogar y a su vez garanticen y proporcionen lo necesario para que la calidad de vida de estas personas no se vea afectada. Para ello es necesario escuchar cómo se sienten estas personas, conocer que sentimientos experimentan, que necesidades u obstáculos se encuentran en su día a día, como por ejemplo, la tan sentida soledad que acecha a numerosas personas.

3.2 La soledad en las personas mayores

En los procesos de envejecimiento inciden diferentes factores y las personas tienen adaptarse a una serie de cambios, tanto a nivel personal, como social y laboral. Esto les hace más vulnerables y puede dar lugar a sentimientos de soledad.

3.2.1 Aproximación al concepto de la soledad

La soledad es un constructo psicológico de difícil conceptualización. Este término sigue creando confusión y generalmente esto es debido a que se usan indistintamente conceptos relacionados para referirse a esta experiencia. No obstante, parece que existe una idea ampliamente aceptada en el estudio de la soledad: “no es lo mismo estar solo que sentirse solo”.

Por lo tanto, la soledad es un concepto muy amplio y multifactorial, un sentimiento complejo que cada persona manifiesta y vive de diferente manera. Este sentimiento está ligado a múltiples aspectos, causas y significados. La soledad se experimenta fácilmente en la etapa de la vejez porque va acompañada de una sucesión de pérdidas de diferente índole: pareja, amigos, familiares, trabajo, estatus, salud, capacidades, autonomía etc.

No existe una única definición del concepto de soledad, es por esto mismo por lo que considero importante y necesario hacer una aproximación conceptual a este término. A continuación se presentan, en orden cronológico, diversas definiciones de soledad que se encuentran a través de la revisión de la literatura existente en torno a este concepto.

La soledad ha sido un tema tratado por numerosos investigadores, desde la dimensión psicológica hasta los años 50 no se empieza a tener en cuenta, y es a partir de los 80 cuando comienzan los estudios empíricos. Por ello mismo, existen numerosos autores y diferentes visiones sobre qué significa y qué es la soledad.

Una de las primeras definiciones del concepto de soledad la realizó Sullivan, a quien se le conoce como el padre de la soledad. Sullivan (1959) la define como “una experiencia displacentera asociada a la carencia de intimidad interpersonal” (cit. Montero y Sánchez, 2001, p.20). La visión que aporta es que la soledad es algo negativo que experimenta un individuo cuando no posee relaciones sociales con otras personas.

En 1981, Peplau y Perlman (1981), entienden que “la soledad es una experiencia displacentera que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente en algún sentido importante, ya sea cualitativa o cuantitativamente” (cit. en Montero y Sánchez, 2001, p.20).

Con esta definición se puede confirmar que la soledad es un sentimiento personal, que cada persona puede manifestar en un momento determinado en función de las circunstancias en las que se encuentre. Los mismos autores en 1982 señalaron tres características comunes que tiene la soledad: “Es el resultado de deficiencias en relaciones personales, es una experiencia subjetiva que contrasta con la evidencia física del aislamiento social y es una experiencia estresante y displacentera”. (1982, cit. en Montero y Sánchez, 2001, p.20). Fueron estos dos autores, en el año 1982 quienes publicaron el primer manual sobre soledad, titulado “Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy”, donde uno de sus intereses fue conceptualizar la soledad.

Weiss (1983), fue uno de los creadores de la investigación sobre la soledad. Diferenció entre dos tipos de soledad: la soledad emocional y la soledad social. Por un lado, la soledad emocional es la respuesta subjetiva a la falta de una figura generalizada de apego. Y, por otro lado, la soledad social se asocia a la pérdida de roles sociales, al quedarse viudo/a, jubilarse, etc.

Es de gran importancia incidir en un matiz entorno a este término, y es que no es lo mismo estar solo/a, que sentirse solo/a. Algunos investigadores han asociado el estar sólo como algo objetivo y el sentirse sólo como algo subjetivo. Una persona puede estar sola, sin redes de apoyo porque lo ha elegido y no por ese hecho puede tener ese sentimiento de soledad, mientras que la persona a pesar de estar acompañada y tener redes sociales de apoyo, puede tener ese sentimiento de soledad.

Es así que, al analizar la soledad, se encuentran dos dimensiones: la objetiva y la subjetiva. No es lo mismo estar solo que sentirse solo. Estar solo no es siempre un problema. (Rubio, 2004).

Jong – Gierveld (1987) define la soledad como “experiencia personal y subjetiva”. Contempla el modelo multidimensional de la soledad, donde se plantean cuatro factores

principales: Características descriptivas de la red social; evaluaciones subjetivas de la red social, es decir, las que hace la propia persona. Variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, tipo de vivienda...) y por último las características de la personalidad.

Muchnik y Seidmann (2004) la soledad es “la situación de una persona que está sola de manera momentánea o durable y asociada al aislamiento, al estado de abandono y a la separación” (cit. en Díez y Morenos 2015, p. 8).

Según Bermejo (2005, p. 2), la soledad es “una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional”.

Cuando se analiza la soledad en la etapa más tardía de la vida, Victor, Scrambler, Bowling y Bondt (2005) proponen tres tipos de soledad: La soledad asentada que sigue a un estado ya establecido hace tiempo, influenciada por factores de personalidad, patrones de conducta y relaciones interpersonales que se repiten a lo largo de la vida. La soledad de inicio tardío podría ser una respuesta a las pérdidas normativas que se producen en la vejez (viudedad, pérdida funcional en uno mismo o en la pareja. Y por último, la soledad en descenso, serían los casos que el nivel de soledad disminuyó en la vejez comparado con los años previos.

Las definiciones más recientes hacen referencia al “malestar emocional que se genera cuando un individuo se siente incomprendido y rechazado por otro o cuando éste carece de compañía para la realización de aquellas actividades que desea, sean éstas, físicas, intelectuales o emocionales.”, (Rubio y Pinel, 2009), o “cuando las relaciones sociales logradas por una persona son menos numerosas o satisfactorias de lo que ella desearía”.

Castro (2015) propuso una nueva división según los tipos de soledad, diferenciando entre soledad objetiva, soledad emocional y soledad social sintónica. Según esta autora, la soledad objetiva, como su propio nombre sugiere, se relaciona con los aspectos más objetivos del fenómeno, es decir con la presencia o la ausencia de relaciones sociales. En la soledad emocional se incluye la percepción sobre las prestaciones de ayuda y cuidado que uno recibe de su red social. La soledad sintónica deriva de la falta de sintonía con los otros.

La soledad es fruto a la vez de una discrepancia cognitiva entre las relaciones que una persona tiene y las que esperaba tener, cuya aparición y mantenimiento dependen de la evaluación subjetiva de la propia persona sobre la calidad y la cantidad de sus relaciones sociales (Yanguas et al., 2018).

Por otro lado, la Real Academia Española nos presenta dos definiciones de la soledad. La presenta como “la carencia voluntaria o involuntaria de compañía”. Se define involuntaria cuando por diferentes razones, como la muerte de un ser querido, la persona se encuentra sola, y por otro lado, voluntaria, cuando la propia persona es quien decide estar sola. Y por otro “Pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o de algo”.

Como se puede ver, la soledad es un tema que ha estado presente a lo largo de la historia, es algo que nos inquieta a todas las personas y que crea un sentimiento de temor y de rechazo. Además, es un tema ha estado presente y ha sido tratado a través de la música, la poesía y la literatura. Sin embargo, como se ha visto a lo largo de la revisión bibliográfica del concepto, a pesar de que es una experiencia conocida universalmente por todos los seres humanos, es difícil de definir, casi imposible de cuantificar y, muchas veces, complejo para los individuos, quienes sienten dificultad a la hora de revelar abiertamente este sentimiento a otros.

Buena parte de la evidencia científica consultada, coinciden en dar un sentido negativo a la soledad, señalando que es un estado que les hace sentirse mal, relacionado con la deficiencia en sus relaciones sociales y con una vivencia subjetiva e individual de la misma.

En este estudio nuestra referencia de definición de soledad será toda aquella experiencia subjetiva y aversiva que ocurre cuando una persona mayor se siente sola, es decir, el “sentimiento de soledad “. Esta concepción diferencia dos dimensiones: la *soledad objetiva*, que hace referencia a la inexistencia de compañía, bien sea temporal o permanente, y la *soledad subjetiva*, que se refiere a la soledad sentida. La diferencia entre “estar solo”, “estar aislado” y “sentir soledad” es clara, aunque los tres conceptos

se encuentran íntimamente interrelacionadas. De esta manera, el aislamiento desde la elección sería “estar solo”, y desde la obligación favorecería la aparición de la soledad, entendida como una emoción negativa de vacío interior. En muchas ocasiones una persona puede sentirse sola, aunque pertenezca a un grupo.

3.2.2 Factores vinculados a la soledad

Las sociedades actuales cada vez están más envejecidas y la soledad se ha convertido en una preocupación o uno de los problemas más relevantes. En el Marco del Envejecimiento en España (MSSSI, 2015) se afirma que: “la soledad constituye uno de los principales problemas de las personas mayores (...) este problema repercute directamente, de forma negativa, en la satisfacción de sus necesidades vitales, en su salud, en la relación con su entorno, en el acceso a los servicios comunitarios de apoyo que necesitan, en su seguridad, en su nutrición y en su calidad de vida en general” (p. 35 apartado 3.2.7.).

Por un lado, intervienen los cambios sociales de las últimas décadas como por ejemplo, los cambios en materia de empleo, la inclusión de la mujer en la esfera laboral, los distintos modelos familiares de la actualidad, cambios socioculturales y económicos, avances tecnológicos, el aumento de la esperanza de vida... Todos estos cambios en la sociedad, van a influir en menor o mayor medida en la vida de las personas y sobretodo en la vida de las personas más mayores que conforman la sociedad. Los diferentes cambios que han surgido han dado lugar a que la soledad haya experimentado un notable incremento, y no sólo son esos factores los que van a afectar a nuestros mayores en ese sentimiento de soledad. Los sentimientos de soledad son provocados por una mezcla de factores externos (el entorno) e internos (características intrínsecas al individuo). Numerosos autores defienden que las personas mayores son más vulnerables al sentimiento de soledad que las personas más jóvenes porque concentran más factores externos e internos. Cuando se encuentran combinados, esos factores las ponen en mayor riesgo de sentirse solas (Castro, 2010).

Con el avance de la edad es más probable que las personas experimenten circunstancias vitales que reducen las redes sociales y facilitan los sentimientos de soledad, tales como: el fallecimiento del cónyuge o de otras personas cercanas, la jubilación, la disminución

o la pérdida de algunas relaciones de amistad, los traslados de vivienda, los problemas de salud, las situaciones de dependencia, las barreras arquitectónicas, o los problemas que pueden surgir en las relaciones familiares.

Por otro lado, los factores personales también contribuyen a generar sentimientos de soledad en la vejez. Castro (2010) los resume de un modo muy claro en cinco puntos. En primer lugar, la forma como la persona entiende sus relaciones y las expectativas que tiene sobre ellas, aspectos que pueden no coincidir con lo que los miembros de su red social efectivamente le ofrezcan. La forma que uno tiene de ser y de comportarse, que podría dificultar la creación y el mantenimiento de relaciones sociales satisfactorias; la pérdida de ilusión y de perspectivas de futuro, que podría conllevar una actitud pasiva cara a los esfuerzos por establecer y mantener vínculos; la dificultad para pedir o aceptar la ayuda de otras personas cuando uno se siente solo y por último la falsa creencia de que la soledad es un hecho normativo e inevitable.

Diferentes estudios constatan que los mayores se sienten más solos a medida que pasa el tiempo, lo relacionan con los acontecimientos vitales negativos. Por ello es fundamental mencionar los diferentes factores que favorecen el sentimiento de soledad, puesto que son condiciones que están presentes en la vida de la persona mayor: la edad, el género, el estado civil, la red social y apoyo social, nivel socioeconómico – educativo, salud física y mental.

3.2.2.1 Edad

El sentimiento de soledad puede aparecer a cualquier edad, pero se asocia que a mayor edad, mayor soledad, lo que puede ser explicado por la disminución de interlocutores sociales, fallecimiento de personas del entorno, la jubilación y las limitaciones físicas y sensoriales que impiden la socialización con familiares y amigos. Pinguart y Sorensen en 2001 realizaron un análisis sobre este tema e indicaron que existe una relación en forma de “U” entre la edad y la soledad, que se percibe alta en la juventud, baja en la adultez y nuevamente alta en la vejez.

Se da gran importancia a la jubilación, esto se debe a que el trabajo no sólo es una forma de ganar dinero, las personas se nutren de numerosas relaciones sociales en el trabajo,

las cuales ya no forman parte en el día a día de las personas, y en muchas ocasiones se van perdiendo los lazos. Además, el trabajo, no solo se considera una forma de ganar dinero, de tener seguridad o un cierto prestigio social, sino que origina también una serie de satisfacciones internas y como ya se ha mencionado, es una forma de participar en la vida social. Por lo tanto su pérdida afecta a la vida de la persona. Según el Informe *“Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos”* (Informes Envejecimiento en red nº 17, 34 p.) La edad es un factor que influye e incrementa la posibilidad de vivir en soledad.

Por lo tanto, la relación entre la edad y la soledad no se debe a la edad en sí misma, sino que se relaciona con acontecimientos vitales negativos, como la viudedad, un peor estado de salud y menores oportunidades de socialización en la edad muy avanzada (Jong Gierveld, 1998).

3.2.2.2 Género

En lo que respecta al género, la evidencia empírica es contradictoria: hay investigaciones que no encuentran diferencias (Zebhauser et al., 2014), mientras que otras (Tesch-Römer et al., 2013) hallaron mayores índices de soledad en hombres que en mujeres. Y en otras investigaciones (Zebhauser et al., 2014) se encontró que el nivel medio de soledad solo difería en los mayores.

La explicación de dicha variable está supeditada a las diversas circunstancias vitales de hombres y mujeres. En España, 4,7 millones de personas viven solas, de las cuales un 43,1 % son personas mayores de 65 años. Es decir, 2.037.700 personas mayores. Si desglosamos las cifras según el género 1.465.600 (un 71,9%) son mujeres frente a 572.100 (28.1%) que son hombres. A esto se le suma la mayor esperanza de vida de las mujeres y es más probable que sean viudas, vivan solas y presenten un peor estado de salud en la edad avanzada, factores que se asocian de forma directa con la soledad. Más mujeres mayores viven solas. Debido a su mayor longevidad tienen una alta probabilidad de enviudar y vivir un gran número de años en soledad. Como contrapartida, las mujeres mayores tienen más probabilidad que los varones de tener apoyo social informal de redes sociales más amplias.

Sumado a que las mujeres y los hombres no envejecemos de la misma forma, no sólo a nivel de patologías, las diferencias de género al envejecer son notables a nivel demográfico, hay más mujeres mayores y éstas son más longevas, y sus condiciones socioeconómicas son peores. Las mujeres suelen tener menos ingresos y cobrar pensiones más bajas que los hombres y, consecuentemente, sus condiciones de vida son peores. Bellegarde (2017) recuerda que las variables sociodemográficas son desfavorables para las mujeres: muchas de las que hoy son mayores no tuvieron la oportunidad de incorporarse al mercado laboral ni de tener una educación más allá de la básica y ahora cuentan con menores recursos económicos y en consecuencia puede provocar un mayor aislamiento en el envejecimiento de las mujeres. Por ello, existe la tentación de considerar que, al igual que la fotografía de la pobreza en España es la de una mujer, la de la soledad podría serlo la de una mujer mayor y pobre. Díez Nicolás aclara: “El sentimiento de soledad sin recursos económicos es mayor, ser mujer mayor y pobre puede conducir a una mayor probabilidad de sentir soledad, pero no es ni mucho menos determinante; ello no debe hacernos pensar que los que tienen más recursos no pueden también sentirse solos”. En relación a lo descrito por Hazer y Boylu. (2010), en su estudio se encontró que el género que siente mayor soledad es el femenino.

A nivel sentimental, las mujeres expresan más soledad porque está socialmente más aceptado que las mujeres hablen de sus sentimientos, esto hace que la soledad se invisibilice en numerosas ocasiones y sobretodo en el género masculino.

3.2.2.3 Estado civil

El estado civil, se presenta como un factor determinante del sentimiento de soledad, dado que el tener o no pareja afecta a la aparición del mismo. La presencia de una pareja íntima es un factor de gran importancia en el bienestar físico y psicológico de las personas mayores. En un estudio cualitativo realizado en España, las personas viudas eran las que experimentaban una mayor soledad y la describían como una experiencia relacionada con los recuerdos, el llanto, la depresión, los pensamientos negativos y la incertidumbre hacia el futuro (Iglesias, 2001).

Es la viudedad, para quien había contraído matrimonio o vivía en pareja, efectivamente, unos de los principales desencadenantes del sentimiento de soledad en las edades avanzadas. Esto es así porque tras varios años, incluso décadas de vida matrimonial (por lo general), desaparece de pronto la compañía y la afectividad que hasta entonces venía proporcionando la figura conyugal, dando pie a problemas personales de adaptación a la viudedad de tipo no únicamente emocional sino también material y relativos a la gestión del tiempo y de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social. Sin embargo, las personas mayores solteras son menos propensas a sentirse solas dado su adaptación a la situación y sus relaciones sociales están fuertemente enriquecidas, han podido aprender a satisfacer sus necesidades emocionales y sociales de una forma distinta.

3.2.2.4 Red social y apoyo social

En la vejez se puede reducir el tamaño de la red social debido a la pérdida de miembros por muerte o enfermedad, la disminución de oportunidades para establecer nuevos vínculos, y una menor motivación para mantener a los existentes. Los resultados de estudios realizados, demuestran que el número de amigos disminuye con la edad, sin embargo, en los países como Estados Unidos y Australia el número de amigos se mantiene (Rueda, 2018).

Así mismo, se muestra que las relaciones sociales son un factor fundamental para el bienestar social, existe una relación positiva entre el apoyo afectivo, la salud y el bienestar, es decir es un estímulo que satisface necesidades y el hecho de sentirse bien. La familia es el principal apoyo de las personas mayores, seguido de los amigos, compañeros para conseguir un envejecimiento saludable. Así pues, promover una red social de alta calidad podría ser un determinante principal de la salud en las personas mayores (Rondón, 2018).

Las variables sociales, recogen no solo la interacción familiar, también incluyen las relaciones sociales, tipos de relaciones, frecuencia de relaciones, calidad de estas relaciones, el grado de implicación en actividades sociales o de ocio etc. Existiendo una fuerte correlación entre la falta de relaciones sociales y la soledad. La existencia de

contacto con amigos y vecinos reduce más los sentimientos de soledad en las personas mayores. (Pinquart y Sorensen, 2001).

Es importante tanto la calidad de los contactos sociales, (entendida como el apoyo emocional que se recibe a través de las relaciones sociales), como la cantidad del contacto social, (entendida como la frecuencia de contacto con personas que sirven de apoyo).

Ambas cualidades (calidad y cantidad) se han relacionado con la soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016), aunque se ha observado que la calidad del contacto social (apoyo emocional) está más relacionada que la cantidad (apoyo social) con la soledad en personas mayores, por lo que, tal y como afirman Pinquart y Sorensen (2001) “cuanto mayor es el apoyo emocional, mejor”.

Por último, el hecho de realizar actividades sociales o de ocio se ha asociado negativamente con la soledad, es decir, cuanta menor actividad social o de ocio se realiza mayores niveles de soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016).

3.2.2.5 Nivel socioeconómico – educativo

El nivel económico es reportado por varios estudios como factor asociado con la soledad. Por un lado, la tensión económica pone en peligro el bienestar social y hace que las carencias favorezcan el incremento de la soledad; por otra parte, mayores ingresos permiten el acceso a los bienes comerciales, oportunidades de ocio y una amplia gama de actividades. Además, un mayor nivel socioeconómico se asocia con una red social más amplia, es decir, las personas cuentan con más apoyo en caso de necesitarlo.

Son varios aspectos socioeconómicos los que intervienen, por un lado, según Filardo (2011, p 212), las pensiones de jubilación “suponen uno de los gastos más importantes de la Seguridad Social”. Por lo que con el progresivo incremento de la población y el aumento de la esperanza de vida van a provocar que el sistema de pensiones vaya disminuyendo su capacidad, traduciéndose en una disminución de las pensiones, dando lugar a una escasez de poder adquisitivo en las personas mayores y más aún en las mujeres. Los mayores tienen ingresos muy cerca del umbral de la pobreza, aunque haya

mejorado relativamente, su tasa de riesgo de pobreza se sitúa en 14,8 % en el 2017, datos que nos aporte el informe De *Un perfil de las personas mayores en España 2019*, realizado por un equipo de investigadores del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

Vinculado al nivel económico de las personas está el nivel educativo. Por un lado, estudios plasman que un mayor nivel educativo se considera un potente factor de protección contra la soledad y su efecto se explica porque se presenta menos el estrés crónico, un tamaño de la red social más grande y, en muchas ocasiones, favorece relaciones sociales de buena calidad. La posesión de un diploma de escuela secundaria puede ser una medida sustituta de la clase social, la autoestima y otros factores que podrían aumentar la probabilidad de éxito en diversos ámbitos de la vida. Por lo tanto se podría decir que los logros educativos disminuyen o reducen la sensación de soledad. Sin embargo, investigaciones como la de Rubio en 2004; muestran que existen personas con altos niveles de estudios que contemplan una alta autopercepción de soledad. En el estudio, el 25% de quienes tienen alta autopercepción de soledad tiene estudios universitarios (medios o superiores), y, a su vez, el 45,8% de quienes afirmaron solo saber leer y escribir, también la tenía.

Tanto tener bajo nivel de ingresos como bajo nivel educativo se ha asociado con la soledad. A pesar de que Cohen-Mansfield et al. (2016) encontraron mayor número de estudios que relacionaban el nivel educativo con la soledad, Pinquart y Sorensen (2001) comprobaron que el nivel de ingresos impacta más en la soledad y es mejor predictor que el nivel educativo.

En la Estrategia Nacional de Personas mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato (2018 – 2021) se recoge que vivir solo incrementa el riesgo de pobreza, en el 2016, se situaba en el 26,7% de los cuales el 41,7% correspondía a personas mayores de 65 o más años, de las cuales el 70,7% eran mujeres. Además, tras recoger los resultados de la encuesta Obra Social “La Caixa” (2018), se observa mayor riesgo de aislamiento en las personas con un nivel educativo bajo (15,6% en las personas con estudios superiores y 57% en las personas sin estudios), afectando especialmente a las mujeres sin estudios (21,1%) frente a los hombres (18,7%).

3.2.2.6 Salud

Una de las variables que más afecta a las personas mayores es aquella que tiene que ver con la salud y la autonomía personal. La salud es un factor condicionante, una mala salud puede llevar a que la persona no pueda participar en la vida social tanto como le gustaría. Además, si la persona mayor es consciente de la pérdida de su salud o de su autonomía la persona es más vulnerable y facilita la aparición de sentimientos de soledad. Según González-Celis, A. L., & Lima Ortiz, L. (2017), existen dos factores que se asocian con una mayor vulnerabilidad a la soledad en personas mayores, por un lado, el estado de salud pobre, malo y por otro, la percepción de un empeoramiento de la salud con la edad. La salud, tanto física como mental, puede verse afectadas en las personas mayores a causa de su percepción negativa sobre la soledad. Bermejo (2005), expone que “el sentimiento de soledad tiene un efecto debilitador del sistema inmunológico”. Bazo (1989), explica que la soledad y la salud están íntimamente relacionadas de manera que “la soledad puede aumentar la vulnerabilidad a la enfermedad y la enfermedad puede ser la solución para romper la soledad”.

Cohen-Mansfield et al., (2016) recoge la importancia de cuatro factores relacionados con la salud de las personas. En primer lugar, las dificultades de movilidad. La movilidad influye en la capacidad funcional de las personas y también posibilita la interacción con las personas del entorno, demostrándose que está negativamente relacionada con la soledad, es decir, a menor movilidad mayores niveles de soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016).

En segundo lugar, la comorbilidad. Este indicador objetivo de salud se ha relacionado con la soledad en algunos estudios indicando que a mayor comorbilidad mayores niveles de soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016).

El deterioro sensorial es otro de los factores que expresa el autor. Tener deterioro visual y auditivo dificulta la interacción y comunicación con el entorno. (Cohen-Mansfield et al., 2016).

Y por último, el número de visitas que hacen las personas mayores al médico. Aunque solo un par de estudios informan de esta asociación, se ha encontrado una relación

positiva entre el número de visitas al médico y la soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016). Por lo tanto, la salud y la soledad se relacionan íntimamente.

3.3 Repercusiones de la soledad en la vida de las personas mayores

La vivencia de la soledad puede influir en numerosos aspectos de la vida de las personas mayores. Como se ha podido ver en el apartado anterior, el empobrecimiento progresivo a nivel de lazos sociales, familiares, la mayor vulnerabilidad para padecer enfermedades pueden desencadenar inestabilidad y sentimientos de indefensión, y es que la soledad puede tener graves consecuencias negativas. Por lo que respecta, la soledad no sólo son números, es un fenómeno que se traduce en efectos particulares sobre cada una de las personas que lo padecen. Es una problemática que no se puede generalizar, sobre ella influyen múltiples factores y cada uno tiene diferentes efectos que no se perciben o que no afectan por igual a todas las personas. Tiene unos efectos directos sobre muchos de los ámbitos de la persona, tanto a nivel social como a nivel físico y psicológico. Montero, López y Sánchez (2001), ya apuntaban a los efectos de la soledad sobre las personas mayores señalando que esta “tiene un impacto diferencial sobre la salud psicológica y física de la persona”.

En el plano de la salud las repercusiones pueden ser a nivel físico, psicológico y social. En el plano físico destaca la debilidad del sistema inmunológico, dolor de cabeza, algunos problemas de corazón y digestivos, dificultades para dormir, etc. En el plano psicológico prevalece una baja autoestima, depresión o alcoholismo, ideas suicidas. Según JL Sánchez, la consecuencia de la pérdida de la pareja es la que más aumenta, especialmente, la posibilidad de desencadenar trastornos psicopatológicos como la depresión o la neurosis. La soledad y la salud, por tanto, son itinerarios bidireccionales que implican aumentar la vulnerabilidad frente a la enfermedad, y la enfermedad puede ser la solución para romper la soledad o la causa de que la situación de la persona que está sola empeore por no contar con los apoyos necesarios.

Existen numerosos estudios que tratan de mostrar la relación directa entre los sentimientos de soledad y la salud en personas mayores, Cacioppo et al. (2002),

señalaba que la soledad afectaba a distintos parámetros medibles como la presión sistólica, la resistencia arterial y a otras funciones del sistema cardiovascular. Luanaigh y Lawlor (2008), establecían la relación negativa entre soledad y unos buenos niveles de sueño, señalando que aquellas personas que desarrollaban estos sentimientos tenían una tendencia a tener un sueño de menor calidad. La soledad está muy relacionada con la salud mental, investigaciones como la de Boss et al. (2015), relatan que la soledad aparecía relacionada con un descenso general de las funciones cognitivas, con un aumento del riesgo de sufrir demencias o Alzheimer y con una asociación negativa entre esta y el recuerdo a corto y medio plazo. La soledad ha estado en muchos estudios ligada al concepto de depresión. Hawkey y Caciopo (2010), demostraron a través de un estudio longitudinal que la soledad “predice y promueve estados depresivos al margen de otros factores como la edad, el género, la etnia, la aparición de situaciones estresantes o el apoyo social recibido”. También se han establecido relaciones entre la soledad y otros efectos emocionales negativos, como por ejemplo el efecto que tiene la soledad en la autoestima de las personas. Esta baja autoestima, unida a la baja satisfacción general acerca de las interacciones sociales recibidas llevan incluso a relacionar la soledad con las ideas suicidas. Díez y Morenos (2015), argumentaban que “los sentimientos individuales negativos podían desembocar en sensaciones depresivas [...] e incluso en el suicidio en los casos más extremos”.

La soledad no solo produce consecuencias negativas en la salud. En la vejez, se viven algunas experiencias especialmente duras que suponen una ruptura con la vida anterior, son vivencias que pueden tener graves consecuencias emocionales. La mayoría de las personas mayores esperan que sus descendientes les presten la ayuda necesaria cuando sufran algún proceso de dependencia o enfermedad, y el incumplimiento de este deber puede deteriorar las relaciones y originar sentimientos de indefensión y soledad. Cabe destacar las expectativas que tienen estas personas, es decir que esperan de la familia, vecinos, amigos etc. cómo esperan ser cuidados o atendidos. Todas las personas nos construimos ideales y a veces el no tenerlos nos hacen sentirnos mal, solos etc. Sucede lo mismo con las relaciones familiares, a veces son escasas realmente, tanto en cantidad como en calidad, y en otras ocasiones se espera más y al no obtenerlo surgen estos sentimientos de soledad.

La jubilación, la pérdida de relaciones por distintos motivos, la muerte del cónyuge, hacen que las personas tengan mucho tiempo libre, al cual no estaban acostumbrados y desconocen cómo ocuparlo. La pérdida de poder adquisitivo también restringe las posibilidades de disfrutar de estos momentos de ocio. Además, en ocasiones la falta de salud les imposibilita realizar dichas actividades.

Todas estas consecuencias negativas que tiene el hecho de sentirse solo hacen necesario que se formulen nuevas políticas específicas que colaboren en la atención a esta creciente problemática social.

3.4 La soledad en cifras

La soledad, como se ha visto a lo largo del trabajo, no es un fenómeno reciente, siempre ha existido, pero en la actualidad se ha acentuado y se ha convertido en un reto para las sociedades. Conocer la soledad resulta de suma importancia para poder crear estrategias, mecanismos, políticas sociales etc. que ayuden a las personas para que estas no sufran las terribles consecuencias de la soledad.

En la actualidad, son escasos los estudios empíricos sobre la soledad, los que existen principalmente se centran en la soledad objetiva, es decir, en las personas que viven solas, no en las que se sienten realmente solas (soledad subjetiva), que es la que tiene especial interés. Y es que, vivir sólo no significa necesariamente sentirse solo, hay personas que tienen un gran número de personas a su alrededor pero se sienten solas, sienten soledad.

Analizar la soledad no es fácil porque se trata de un fenómeno complejo, tanto por su multicausalidad como por la dificultad existente a la hora de medir y expresar la soledad, asociada a algo negativo, es una experiencia que se vive de forma silenciosa, en muchos casos por el miedo generalizado a ser señalados por el resto. Como consecuencia, la soledad es invisible, por lo que existe una falta de consciencia del problema. Además de las dificultades existentes a la hora de medir la soledad.

Pese a los escasos estudios, existen dos investigaciones que nos permiten aproximarnos al estado de la cuestión. Por un lado, el estudio realizado Juan Díez Nicolás y María Morenos Páez en el año 2015 titulado “La soledad en España”, y por otro, una investigación llevada a cabo por el programa de Personas Mayores de “la Caixa” en 2019 ¿A quiénes afecta la soledad y el aislamiento social?

Ambos estudios coinciden en que existen distintos tipos de soledad, soledad objetiva, soledad subjetiva, soledad deseada, no deseada y el riesgo de aislamiento social.

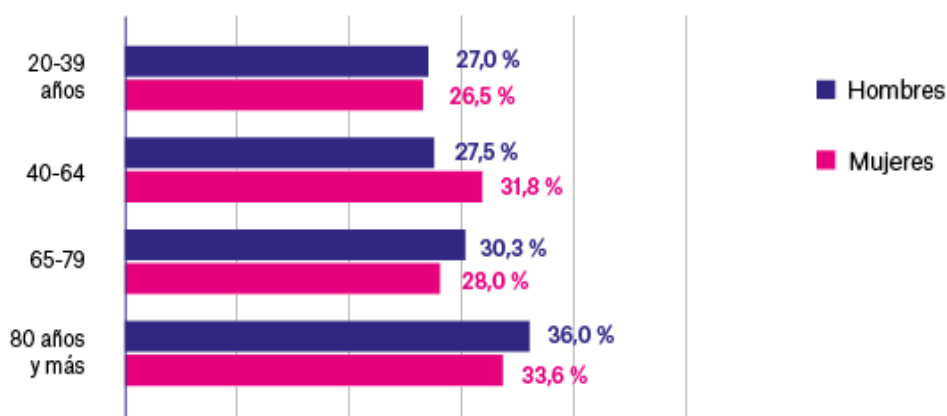
Se podría decir que la *soledad objetiva*, hace referencia a la inexistencia de compañía, bien sea temporal o permanente, y la *soledad subjetiva*, que se refiere a la soledad sentida. Se considera que el aislamiento desde la elección sería “estar solo”, y desde la obligación favorecería la aparición de la soledad, entendida como una emoción negativa de vacío interior. La soledad buscada es menos frecuente que la no deseada. La soledad “no deseada”, que es cuando se tiene la necesidad de relaciones y, por diversos motivos, se carece de esa red o no se encuentra la compañía de otros, desembocaría en una soledad más subjetiva, y en una sensación profunda de aislamiento. Es decir, no es una situación buscada, como puede ser la objetiva, sino que es una soledad obligada por las circunstancias personales de quienes la sufren, y es este tipo de soledad la que suscita preocupación.

Tal y como indican las cifras, es cierto que la soledad objetiva entendida como el número de personas que están o viven solas, ha incrementado. Según la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del Instituto Nacional de Estadística (2019) revelan que 4,7 millones de personas viven solas en España. Esto no significa que todas estas personas sientan soledad. La soledad no siempre procede de una sola causa, estudios constatan que es la conexión de varios determinantes la que puede inducir e incrementar los sentimientos de soledad.

En estas investigaciones correlacionan las variables socio-demográficas: la edad, el género, el estado civil, la salud, la situación económica, el nivel de estudios y las relaciones sociales y familiares (entre otros factores), como las variables que intervienen en la aparición de este sentimiento y las que más relación tienen, como se puede ver, son las propiedades personales

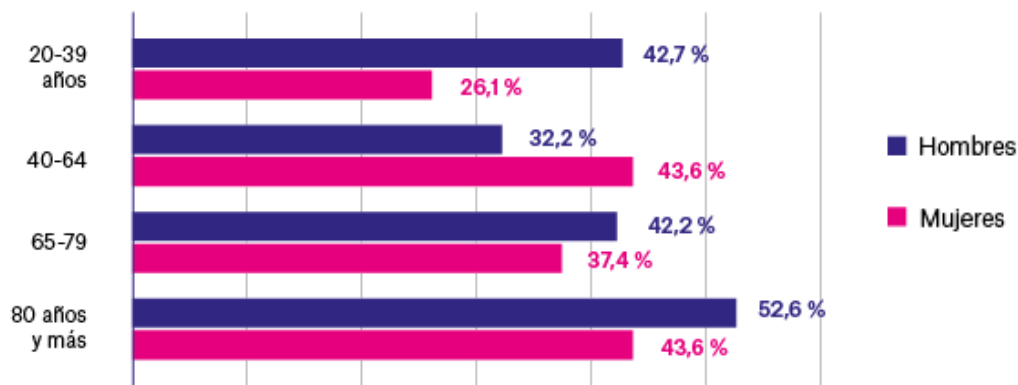
Ambos estudios coinciden que el grupo social más propenso a padecer soledad son las personas mayores, aunque difieren en el sexo. Los autores de “¿A quiénes afecta la soledad y el aislamiento social?”, plasman que el sentimiento de soledad crece ligeramente con la edad y suele afectar más a los hombres. Revela altos niveles de soledad en todas las edades, también entre los jóvenes: el 34,4% de los individuos entre 20 y 39 años presenta soledad emocional y el 26,8%, soledad social. Estos porcentajes se disparan en las personas de más de 65 años: el 39,8% sufre soledad emocional y el 29,1%, soledad social. Y se agravan a partir de los 80 años: el 48% registra soledad emocional y el 34,8%, soledad social. La gente acusa más la vacuidad de las relaciones que el aislamiento físico.

Gráfico 1: Porcentaje de personas con soledad social según la edad.



Fuente: Yanguas y otros (2019)

Gráfico 2: Porcentaje de personas con soledad emocional según la edad.



Fuente: Yanguas y otros (2019)

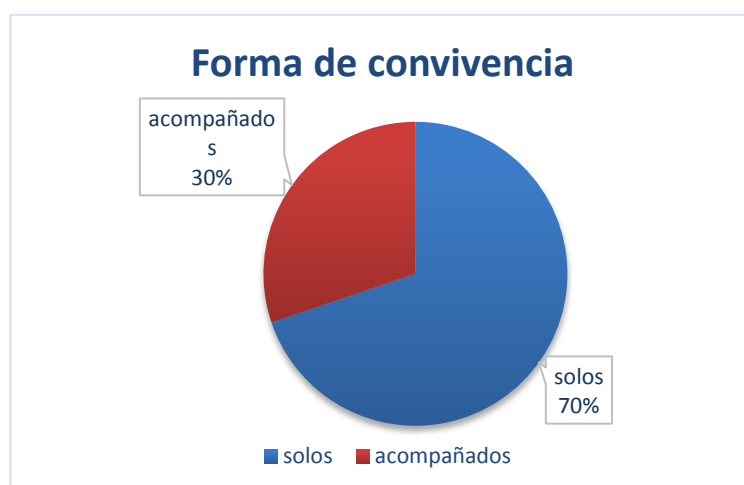
Se puede observar que la soledad tanto emocional como social predomina más en hombres que en mujeres a lo largo de la vida, siendo superior a la de las mujeres, excepto en la franja de edad de los 40 a los 64 años, donde se observa un incremento del porcentaje de mujeres.

A lo largo de sus vidas, entre un 27 y un 36% de los hombres (entre 26 y 34% de las mujeres) se sienten abandonados o echan de menos la compañía de los demás (aislamiento social) y son incluso más, entre el 32 y el 53% de los hombres y el 26-44% de las mujeres, quienes no tiene suficientes personas a las que recurrir en caso de necesidad o en las que confiar plenamente (aislamiento emocional).

En cambio, los datos que aportan los autores de la investigación llevada a cabo por fundación AXA y la ONCE, pone el ojo de mira en las personas de edades avanzadas, más aún si son viudas. Actualmente, casi un millón y medio de mujeres residen solas en España, es decir, más de un 70% del total de mayores de 65 años. Relacionan la cuestión con aspectos relacionados con una mayor esperanza de vida que los hombres, tienen menor capacidad de renta, su rol social no les permitía participar mucho en la esfera social etc. situación que hace que aumente la probabilidad de experimentar soledad.

En lo referente a la edad, las cifras que se aportan en la investigación de personas mayores es que, un 37% de los mayores de 65 años viven solos, frente a un 16% que viven acompañados.

Gráfico 3: Porcentaje de personas según la forma de convivencia

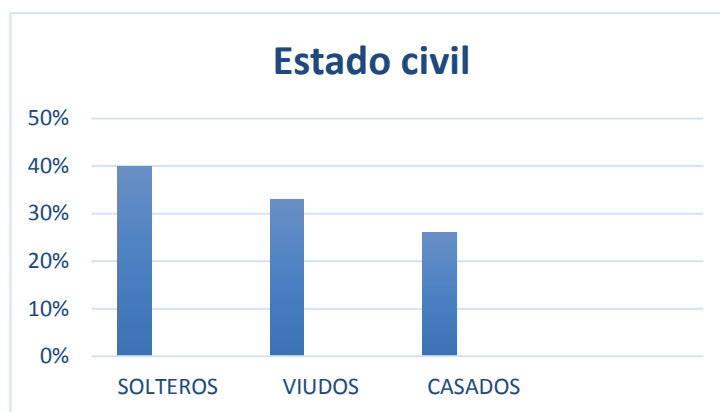


Fuente: Elaboración propia

Enfocándonos en la elección de vivir o no solos, se observa que los “solos obligados” tienen una edad muy superior a los “solos voluntarios”. Así, mientras que un 53% de los “solos obligados” tiene más de 65 años, esa proporción es del 26% entre los “solos voluntarios”. De manera similar, mientras que el 51% de los “solos voluntarios” son solteros, el 49% de los “solos obligados” son viudos.

Por lo tanto, muchas personas mayores de 65 años, son personas que no deciden vivir solas, la mayoría son viudos. Tomando como referencia el estado civil de las personas que viven solos son casi unánimemente solteros (40%), viudos (33%) o separados (26%).

Gráfico 4: Porcentaje de personas según su estado civil



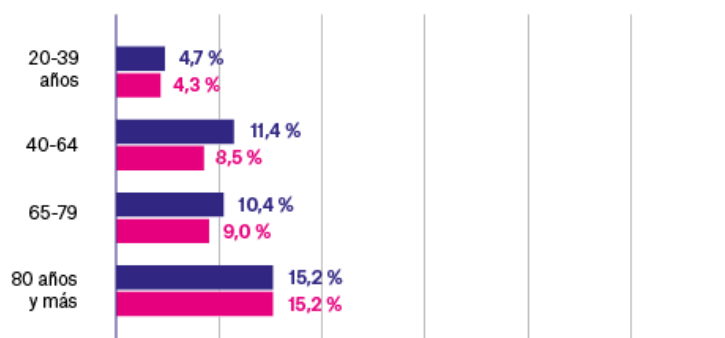
Fuente: Elaboración propia

Bien es que la soledad y el aislamiento social pueden existir en todos los momentos del ciclo vital, pero como indican las cifras expuestas en los diferentes estudios, con la edad se reduce la red social, al mismo tiempo que aumenta el sentimiento de soledad y de aislamiento. Por eso las personas mayores son el colectivo más vulnerable y el que más necesita intervenciones para que puedan tener contactos sociales frecuentes y, sobre todo, de mayor calidad.

Centrando la mirada en el aislamiento familiar y de la red de amistades, podemos observar que la tendencia es que a mayor edad menos red de amistades, predominando los hombres con un 48,3 % frente a un 42,7%, en cambio, el aislamiento de las personas entorno a su la red familiar es igual en ambos, 15,2%. La falta de red de amistad es especialmente preocupante a partir de los 65 años, edad que coincide con la jubilación.

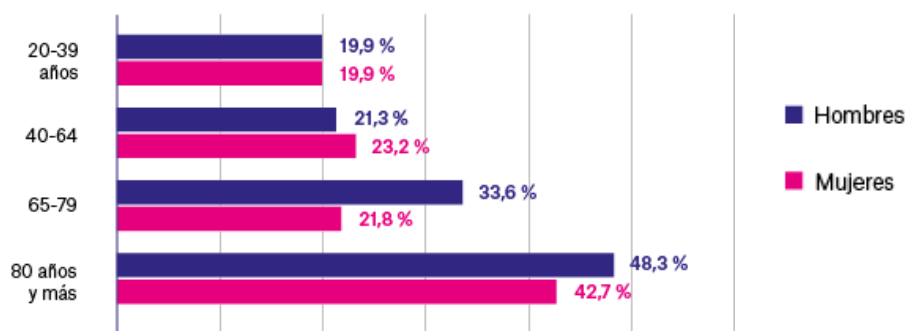
Más de un cuarto de los mayores de entre 65 y 79 años están aislados de la red de amigos y son casi la mitad entre los mayores de 80 años. En otras palabras, la familia está más presente que las amistades y protege más del riesgo de aislamiento social a lo largo de la vida.

Gráfico 5: Porcentaje de personas aisladas de la red familiar según género y edad.



Fuente: Yanguas y otros (2019)

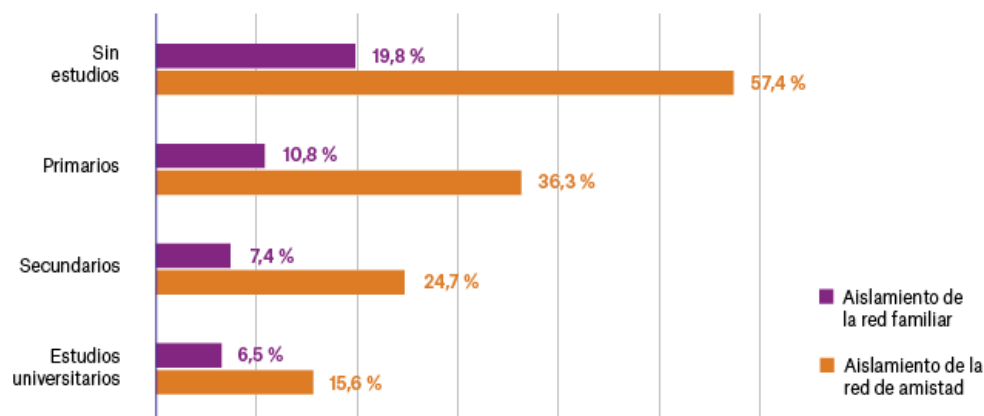
Gráfico 6: Porcentaje de personas aisladas de la red de amistad según género y edad.



Fuente: Yanguas y otros (2019)

Con el paso de los años, la mayoría de personas ven como su red social y familiar se va reduciendo. Las personas a lo largo de la vida han podido sociabilizarse más o menos, por ejemplo en la siguiente gráfica, los autores analizan la red familiar y de amistad según el grado de estudios.

Gráfico 7: Porcentaje de personas aisladas de la red familiar y de amistad según el nivel de estudios



Fuente: Yanguas y otros (2019)

Las personas que carecen de estudios son las más afectadas a la hora de hablar del aislamiento, aún los niveles aumentan si hablamos del círculo de amistades. Se puede observar en la gráfica que a mayor nivel de estudios menos aislamiento.

En resumen, el perfil de personas más aisladas según el estudio “¿A quiénes afecta la soledad y el aislamiento social?” es que los hombres, la gente más mayor y las personas sin estudios están más aislados socialmente. Además el estudio de la soledad en España, apunta a que las personas más propensas a sentir la soledad son los "solos obligados", se ha investigado cuales son los principales factores que explican su soledad, y éstos parecen ser el sexo, el estado civil y la situación laboral. En cambio, no existe consenso entre ambos estudios, en lo relacionado a si son los hombres o las mujeres quienes están más aislados y tienen sentimientos de soledad. En el caso del estudio titulado “La soledad en España”, los autores manifiestan, que las mujeres son más proclives a la soledad que los hombres. Además resalta que las personas que padecen algún tipo de discapacidad son más vulnerables a la aparición de este sentimiento.

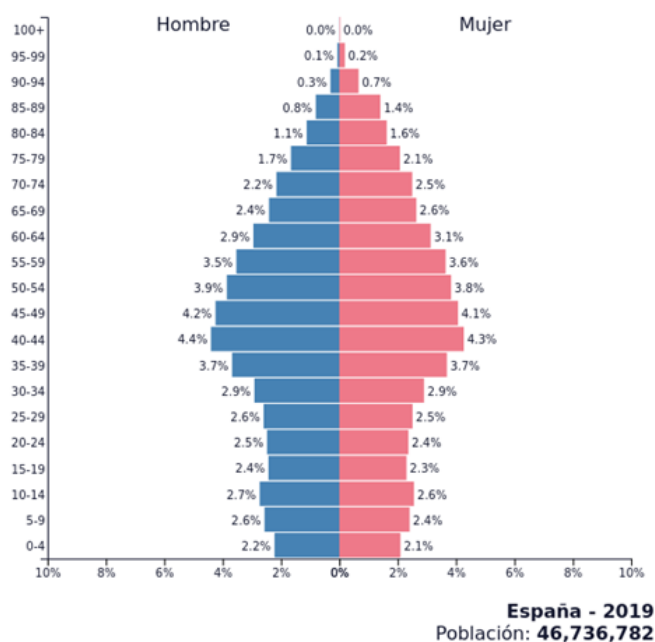
3.5 Aproximación demográfica al envejecimiento

3.5.1 El envejecimiento en nuestro entorno

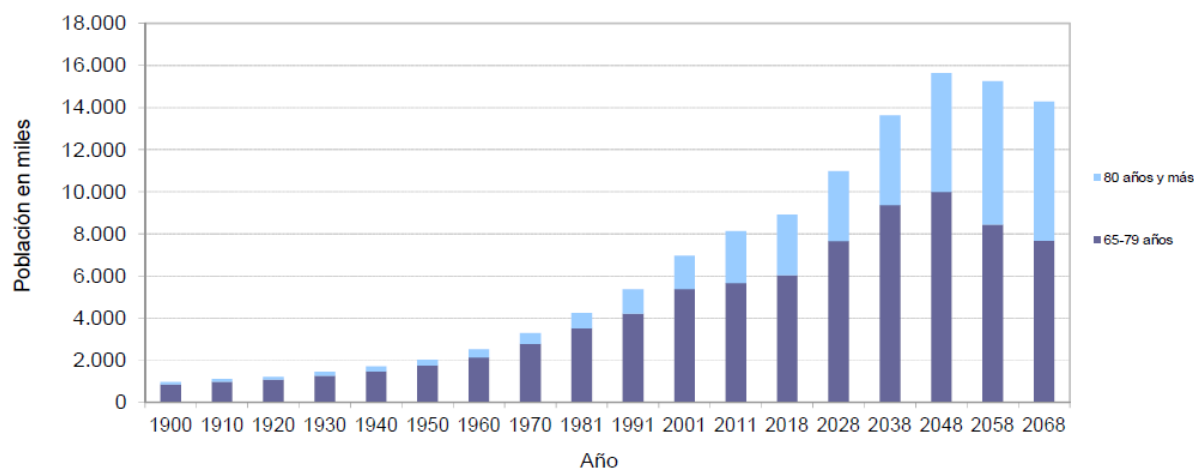
El envejecimiento poblacional es una realidad global que se caracteriza por: disminución de la fecundidad y de la mortalidad; aumento de la esperanza de vida; crecimiento en términos absolutos y relativos de las personas mayores de 65 años; avances tecnológicos y científicos.

La pirámide de población de España continúa su proceso de envejecimiento, medido por el aumento de la proporción de personas mayores, las que tienen 65 o más años. Según los datos estadísticos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2018 hay 8.908.151 personas mayores, un 19,1% sobre el total de la población (46.736.782) (Datos definitivos publicados el 22-1-2019); siguen aumentando, pues, tanto en número como en proporción.

Gráfico 8: Pirámide de población de España



Fuente: Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística

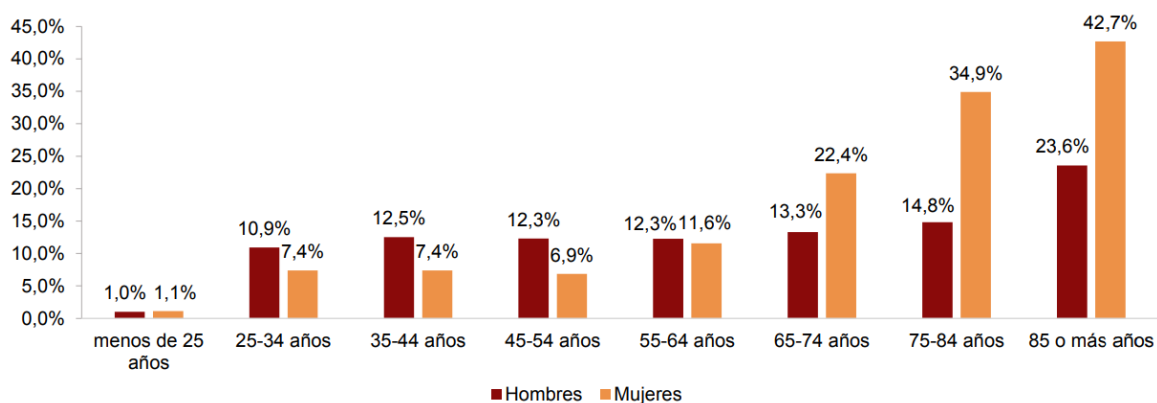
Gráfico 9: Evolución de la población de 65 años y más en España (1900-2068)

Fuente: INE: Censos de población, Padrón Continuo.

Según la proyección del INE (2018-2068), en 2068 podría haber más de 14 millones de personas mayores, 29,4% del total de una población que alcanzaría los 48.531.614 habitantes.

El Observatorio de la Realidad Social explica que cada vez es mayor el número de personas mayores que viven solas, lo que supone un problema ya que la soledad crónica incide en un empeoramiento de la salud. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el 41,8% de los hogares unipersonales en España (4,6 millones) corresponde a personas con 65 años o más. En Navarra, la cifra de hogares unipersonales ocupados por personas mayores alcanza el 37,8% del total de este tipo de hogar, lo que se traduce en que 68 mil personas de 65 años o más viven solas.

Si prestamos atención a las personas que viven solas según el sexo y la edad, se puede observar un incremento a partir de los 65 años de mujeres que viven solas.

Gráfico 10: Porcentaje de personas que viven solas según sexo y edad. Año 2018.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

En el caso de la Comunidad Foral de Navarra, según datos extraídos de la Encuesta Continuada de Hogares del Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2018, más de 68.600 personas viven actualmente en hogares unipersonales en la Comunidad Foral, siendo alarmante la cifra de personas mayores de 65 años que viven solas. Y es que estas personas suponen un 45% de las personas que viven solas. Según en Navarra hay cerca de 29.000 personas mayores de 64 años que viven solas.

Este resultado se puede atribuir al cada vez mayor envejecimiento de la población, que en Navarra sigue una línea ascendente desde 2010. De esta forma, las cifras alcanzan su punto más caliente al incidir en la diferencia que existe entre sexos, y es que la vejez en soledad es principalmente femenina. El 70,7% de los hogares unipersonales ocupados por mayores de 65 en Navarra están formados por 21.700 mujeres, frente a 9.000 hombres.

Se puede hablar de la feminización de la vejez, no sólo es este fenómeno se da en la Comunidad Foral de Navarra, y es que esta es una realidad que se da en toda España. Las mujeres son mayoritarias en la vejez. En España 2.037.700 son personas mayores. Si desglosamos las cifras según el género 1.465.600 (un 71,9%) son mujeres frente a 572.100 (28.1%) que son hombres. A esto se le suma la mayor esperanza de vida de las mujeres y son ellas las que están más expuestas a la viudedad, a pérdida de personas del entorno etc.

Una de las conclusiones del informe *Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos*, realizado por un equipo de investigadores del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), señala que el 28,8% de las mujeres mayores y el 14,7% de los hombres mayores vive en soledad en España. Según se afirma en el informe, “la edad aumenta la posibilidad de vivir en soledad”, aunque los contactos sociales que se mantienen con los hijos e hijas la atenúa en parte.

Para tener una mejor comprensión de la asociación de la soledad con la mortalidad, los análisis de género deben llevarse a cabo por varias razones. En primer lugar, las mujeres viven generalmente más tiempo que los hombres. En segundo lugar, algunos estudios han demostrado que los sentimientos de soledad pueden ser más frecuentes en mujeres que en hombres. En tercer lugar, las mujeres y los hombres crean redes sociales de una manera diferente, por ejemplo, los hombres experimentan redes sociales más pequeñas y relaciones menos íntimas. En cuarto lugar, es culturalmente menos aceptable para los hombres expresar sus emociones que para las mujeres. Y por último, pero no menos importante, algunos factores de riesgo comunes para la soledad también son específicos de género, es decir; la depresión es más frecuente en mujeres que en hombres, mientras que el alcoholismo es más frecuente en hombres. Además, la mayor esperanza de vida de las mujeres conlleva que algunos factores de riesgo para la soledad, como vivir solos y viudos, ocurran antes en las mujeres que en los hombres.

Este aumento progresivo de personas mayores que se ha producido, se está produciendo y presumiblemente se producirá en todo el mundo hace necesario que la sociedad conozca las necesidades y características de este grupo de población con el fin de evitar la disgregación de las personas mayores de nuestra sociedad y que los servicios públicos den respuesta a esta realidad social puesto que el sistema de Servicios Sociales fue concebido en un contexto social muy distinto al actual, caracterizado por el pleno empleo, el elevado potencial integrador de las familias tradicionales y el bajo volumen de personas mayores dependientes. (Martínez Virto, L.; Pérez Eransus, B. (2018))

3.5.2 Perfil de las personas mayores que viven solas

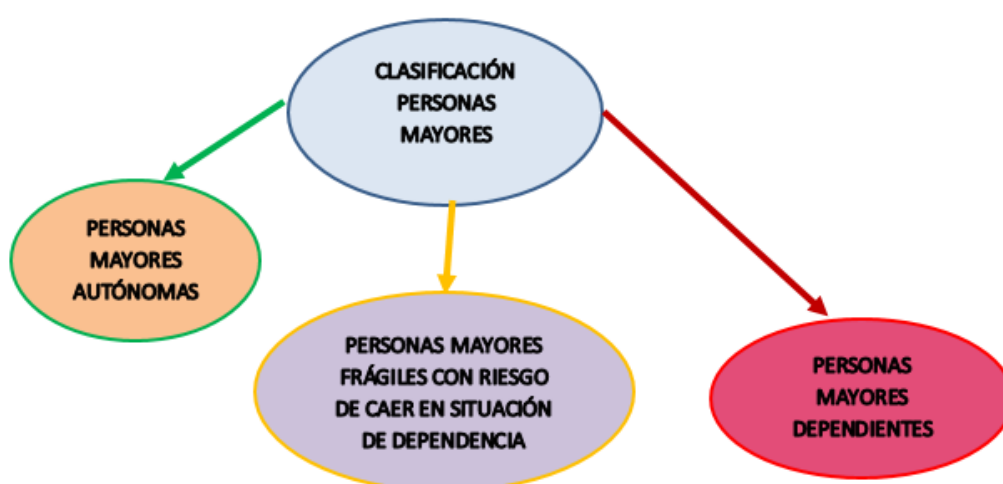
La soledad de los mayores es una de esas situaciones de vulnerabilidad, marginación y posible situación de exclusión, que viven un numeroso grupo de personas mayores, que difícilmente exigirán la satisfacción de sus necesidades debido a la fragilidad en que se encuentran.

El hecho de ser una persona mayor y vivir sola, no implica tener que sentirse sola. Es decir, no todas las personas mayores que viven solas se sienten solas o tienen sentimientos de soledad.

Las personas mayores forman un colectivo heterogéneo y muy diverso que pese a una serie de circunstancias comunes presentan situaciones y necesidades diferenciadas que han de ser atendidas (diferentes grados de dependencia y/o autonomía personal, las formas de convivencia y composición de los hogares que pueda posibilitar el cuidado en ellos, diferentes grados de cobertura de prestaciones sociales....).

Autores como Espinosa, Muñoz y Portillo (2005), establecen una clasificación de las personas mayores según la situación en la que se encuentren existen tres perfiles, las personas mayores autónomas, las personas mayores frágiles con riesgo de caer en situación de dependencia y aquellas que son dependientes.

Figura 1: Clasificación de las personas mayores



Fuente: elaboración propia partiendo de Espinosa y otros (2005)

Las personas mayores autónomas son aquellas que pueden realizar de manera autónoma, sin necesidad de otra persona las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), situación opuesta a las personas mayores dependientes, que se definen como aquellas personas que presentan una situación de dependencia como resultado de la pérdida funcional de autonomía a la hora de realizar las ABVD. En el centro se encuentran aquellas personas que están a medio camino, las personas que aún no se encuentran en esa situación de dependencia pero que existe un grave riesgo de que caigan en ella, puede que necesiten ayuda en ciertas actividades de la vida diaria.

Según la clasificación anterior, las personas se pueden encontrar ante distintas dificultades en su día a día y estas generar necesidades muy diversas en las cuales pueden necesitar de otras personas para llevar a cabo su vida. Estos cuidados pueden ser breves, o de larga duración. Los breves son aquellos que por un hecho puntual y en un momento puntual de la vida, la persona necesita atención, mientras que los cuidados de larga duración son definidos por la OMS como el sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales (familia, amigos o vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, para conseguir que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana.

Los datos de hogares unipersonales que nos ofrece el INE nos ofrecen perfiles en relación al tema de la soledad: mujer, viuda, con limitaciones de movilidad, con dependencia o dificultades para realizar las actividades de la vida diaria... a las que a veces también se añaden conductas poco saludables o deterioros de tipo cognitivo. Pero el rostro de la soledad de las personas mayores tiene otras caras. La soledad también es vivir aislado de emociones, reconocimientos, aceptaciones de otras personas.

3.6 Sistema de atención y provisión de cuidados de las personas mayores en Navarra

En la actualidad, las personas mayores son un colectivo considerado frágil y vulnerable que precisa una atención específica que responda a sus necesidades. Existen diversas políticas sociales dirigidas hacia las personas mayores y personas con dependencia, especialmente aquellas destinadas al envejecimiento activo, pero no existen políticas sociales o recursos dirigidos específicamente a combatir la soledad. Por ello, es fundamental hacer hincapié en las políticas sociales y recursos sociales que estén relacionadas de forma indirecta con la soledad, como por ejemplo la participación comunitaria, ocio, redes sociales etc.

3.6.1 Marco normativo

Resulta necesario para poder abordar y entender los conceptos de forma íntegra, conocer la legislación vigente. Para ello, haremos un breve progreso lineal desde la legislación internacional, pasando por la estatal hasta la que afecta directamente a la Comunidad Foral de Navarra.

A nivel internacional, partimos desde la aceptación y aprobación de la Declaración de los Derechos Humanos como valores inviolables y aceptados y respetados por toda la población mundial. Para llevar a cabo estos derechos y garantizar su respeto, han sido necesarias la implantación y creación de diferentes herramientas legislativas.

Cabe destacar La Carta de los derechos Fundamentales de la Unión Europea. En el Artículo 21, (i) se centra en la no discriminación, se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de discapacidad y edad. Además, en el Artículo 25 señala los Derechos de las Personas Mayores: “La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural.”

En España, en el año 1970 se crea el Servicio Social de Recuperación y de Rehabilitación de Minusválidos “SEREM”, que es el actual Instituto de Mayores y Servicios Sociales “IMSERSO”.

En 1978 se firma en España la Constitución. En ella existen varias secciones que hablan exclusivamente de los derechos y deberes de las personas, pero creo que uno de los artículos más relevantes es el nº43. En él, “se reconoce el derecho a la protección de la salud” y atribuye esa responsabilidad a los poderes públicos; por lo que a priori, se entiende que todo español/a tiene garantizada su salud, la protección de la misma y el trabajo de los poderes públicos para poder garantizar su buen estado a lo largo de los años. En el artículo nº 49, los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos. También el artículo nº50, en el que se garantiza, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

La Constitución de 1978 reconoce a todos los ciudadanos el derecho a la protección de su salud, por lo que la Comunidad Foral de Navarra, mediante sus capacidad de autogobierno y potestad legislativa en el marco de sus competencias, formula aprueba la Ley Foral 10/1990 de Salud de Navarra. La misma declara la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud a través de las medidas preventivas y prestaciones y servicios necesarios.

En el año 1982 en España nace la Ley de 1982 de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).

En España, en los años 90 se comienzan a hacer propuestas sociales centradas, en medidas concretas de servicios sociales para dos sectores preferentes de la población: las personas mayores y las personas con alguna discapacidad. En 1996, comienzan a incorporarse a los programas electorales las propuestas de dependencia, un concepto que aún no estaba bien definido. Eran los servicios sociales los encargados de atender las necesidades de las personas mayores y los dependientes junto con las asociaciones creadas para ello.

En el caso de Navarra, la primera ley de servicios sociales fue aprobada en 1983 (Ley Foral 14/1983, De 30 De Marzo, De Servicios Sociales.). Esta Ley Foral fue derogada por Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales.

Navarra, en ejercicio de sus competencias exclusivas en materia de servicios sociales, aprobó la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, primera ley de cuarta generación que no solo establece el derecho subjetivo de las personas dependientes a los servicios sociales, sino que lo extiende, por primera vez en España, al resto de colectivos objeto de nuestra atención, como son las personas mayores, las personas con discapacidad o con enfermedad mental que no están en situación de dependencia, las personas en situación de exclusión social, los menores en situación de desprotección o conflicto social o en riesgo de estarlo, y las víctimas de la violencia de género.

De este modo, Navarra fue la primera comunidad en pasar de un sistema social asistencialista, en el que la atención dependía de la consignación presupuestaria, a un sistema de garantía de derechos, en el que se estableció de forma clara los derechos y las condiciones para estos colectivos y las obligaciones que asumía el Gobierno de Navarra. Esta nueva ley, no sólo trae consigo la subjetivación de derecho, también la explicitación de la participación económica de la persona beneficiaria, así como la inclusión de la cartera de servicios y equipamientos que conforman el sistema.

Al mismo tiempo, se aprobó en el ámbito estatal, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, que regulaba el derecho de las personas dependientes a ser atendidas, lo que ocasionó que se integraran sus principios en la norma foral.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de diciembre, establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. La importancia de esta norma radica en la garantía del acceso de las personas a los diferentes recursos que se recogen en la Cartera de Servicios.

Los recursos públicos se recogen en la Cartera de servicios sociales, regulada por la ley Foral 15/2006 de 1 de diciembre, en la que se señala que la cartera de servicios sociales es el instrumento mediante el cual el sistema público materializa el derecho y concreta

los servicios y prestaciones a los que pueden optar las personas más vulnerables de Navarra. En ella se recoge ayudas y servicios para las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan ayudas o apoyos para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Y es en el año 2008, cuando se aprueba el Decreto Foral 69/2008, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General. Que incluye los apartados de Dependencia” y “Personas Mayores”. Y por el que se regulan los procedimientos de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia y de elaboración del Programa Individual de Atención de las personas en situación de dependencia.

En 2002, la Comunidad Foral de Navarra elabora la Ley foral 34/2002, de 10 de diciembre, de acogimiento familiar de personas mayores de Navarra. La propia ley expresa que “el objeto de la presente Ley Foral lo constituye el establecimiento de las bases para la regulación de estas situaciones ajenas al cuidado y atención prestados a los mayores en la propia familia, como un servicio social público de libre elección de los mayores entre el conjunto de servicios sociales disponibles en la Comunidad Foral, con la finalidad de procurar una atención personalizada y familiar, sin desarraigarlos de su entorno de convivencia y ejerciendo la acción protectora de las Administraciones Públicas”. En el mismo sentido, establece en su art. 5 que “el acogimiento de personas mayores regulado por la presente Ley Foral se constituye como un servicio social de responsabilidad pública para garantizar a los usuarios y usuarias una adecuada atención personalizada en ámbito familiar y la permanencia en su entorno comunitario”. Desarrollando lo anterior, el art. 6.1 dispone que “corresponde a la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, a través del Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud, el desarrollo y aplicación de la presente Ley Foral así como las funciones de planificación del servicio, control de la gestión, registro, inspección, fijación de los precios e intervención protectora para garantizar las condiciones de bienestar de las personas mayores acogidas”.

Por último cabe destacar, el Tratado de Lisboa de 2009 confirmó que «La Unión se fundamenta en los valores de respeto de la dignidad humana, libertad, democracia, igualdad, Estado de Derecho y respeto de los derechos humanos [...] La Unión combatirá la exclusión social y la discriminación y fomentará la justicia y la protección sociales, la igualdad entre mujeres y hombres y la solidaridad entre las generaciones».

3.6.2 Planes y estrategias para la atención de personas mayores

A nivel estatal cabe destacar, La Estrategia Nacional de Personas Mayores para Envejecimiento Activo y para su Buen Trato (2018- 2021) aprobado por el Consejo Estatal de Personas Mayores el 30 de noviembre del 2017.

En ella aparece la realidad de que la soledad es uno de los principales problemas de las personas mayores y repercute de forma negativa en su calidad de vida. Por ello, las líneas de actuación son relativas a la participación en la sociedad, como que por ejemplo las personas mayores puedan participar como voluntarios, se fomenta la inclusión social, promueve la permanencia en su entorno comunitario, se fomenta el asociacionismo, se promueve que sean sujetos activos y no pasivos.

En el caso de la Comunidad Foral de Navarra nos encontramos con, La Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable de Navarra 2017-2022. La Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable de Navarra, de acuerdo con el marco promovido por la OMS, se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos así como la equidad, la igualdad de oportunidades y de trato, en todos los aspectos de la vida. Cuya finalidad es promover que el envejecimiento de la población de Navarra se produzca con la máxima capacidad funcional y con la mejor calidad de vida, de manera que las personas permanezcan activas, autónomas e independientes durante el mayor tiempo posible.

Además, Gobierno de España publicó el “Marco de actuación para las personas mayores: propuestas y medidas para fortalecer el ejercicio de los derechos de las personas mayores”, cumpliendo así con el compromiso declarado en el Libro Blanco del

Envejecimiento Activo y con las orientaciones de la Unión Europea establecidas en 2012 en el Año Europeo del Envejecimiento, donde se promueve la participación social y la vida independiente, mantener las redes sociales y reducir el aislamiento. Este documento ha sido elaborado por el IMSERSO y el Consejo Estatal de Personas Mayores dirigidas a promover el envejecimiento activo y la solidaridad entre generaciones.

Actualmente en Navarra además del plan de envejecimiento, nos encontramos con el Plan Estratégico de Servicios Sociales de Navarra 2019-2023. Este nace con el objetivo de universalizar la atención, para dar a todas las personas los cuidados y apoyos necesarios, que complementen o mejoren su autonomía para las decisiones y actividades de la vida diaria, así como para sus relaciones primarias de carácter familiar o, en general, comunitario. En este plan se encuentran actuaciones dirigidas a promover la autonomía personal y a prevenir situaciones de dependencia, soledad y exclusión.

3.6.3 Recursos existentes:

En la actualidad, existe una creciente preocupación por la gravedad de esta problemática y se considera necesario abordar la soledad de manera integral, cuestión que a día de hoy no se ha plasmado como tal en programas o actuaciones concretas. Esto ocurre tanto a nivel estatal como autonómico. Es cierto, que las competencias en torno a la asistencia social recaen en las comunidades autónomas, pero, es una problemática que debería ser abordada desde los distintos niveles territoriales. En los siguientes apartados analizaremos los diferentes actores y recursos existentes, destacando que no están desarrollados expresamente para combatir la soledad, sino que son recursos para la tercera edad o para personas con dependencia, que como se ha visto, uno de los perfiles más vulnerables de sufrir soledad es aquel de persona mayor dependiente, pero ni todas las personas mayores son dependientes, ni todas se sienten solas.

La atención a las personas mayores pivota principalmente en tres pilares, el sistema sanitario, la garantía de rentas y el sistema de servicios sociales. Es necesario que las intervenciones desde ambos sectores sean sinérgicas en su efecto y que estas

intervenciones sean personalizadas para lograr atender la diversidad de perfiles y distintas necesidades existentes.

3.6.3.1 Recursos públicos destinados a la atención de los cuidados de personas mayores en Navarra:

Los cambios demográficos, sociales etc. acaecidos hacen que exista un nuevo reto de los servicios públicos, estos deben dejar de pensar en recursos para ofrecer servicios, es necesario hacer realidad la continuidad asistencial y ofrecer respuestas integrales respetando la voluntad de cada persona y para ello es necesario articular respuestas personalizadas y formuladas desde la segmentación de perfiles.

No hay que olvidar que pese a ser, la ley de la dependencia una ley estatal, la financiación es diferente según las comunidades autónomas. Existen tres niveles de financiación, por un lado la financiación estatal, igual para todos, y por otro la financiación que cada comunidad autónoma aporte para la dependencia, que esto depende de los recursos de cada una de ellas. Además de las aportaciones de los propios beneficiarios de la Ley de Dependencia mediante el copago de alguna de sus prestaciones recogida en las carteras.

En el caso de Navarra, en ejercicio de sus competencias exclusivas en materia de servicios sociales, se aprobó la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, que no solo establece el derecho subjetivo de las personas dependientes a los servicios sociales, sino que lo extiende, al resto de colectivos objeto de nuestra atención, como son las personas mayores, las personas con discapacidad o con enfermedad mental que no están en situación de dependencia, las personas en situación de exclusión social, los menores en situación de desprotección o conflicto social o en riesgo de estarlo, y las víctimas de la violencia de género.

Al mismo tiempo, se aprobó en el ámbito estatal, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que regula el derecho de las personas dependientes a ser atendidas, lo que ocasionó que se integraran sus principios en la norma foral.

Esta ley nace para dar respuesta a las nuevas necesidades sociales derivadas de los cambios existentes en las sociedades (aumento de la esperanza de vida, nuevas formas de empleo, cambios en la organización familiar, crisis de cuidados...). Por lo tanto, dicha ley, ha originado una reestructuración en la gestión para la atención a las personas mayores y personas dependientes, generando un nuevo derecho de ciudadanía que pretende dar respuesta a las necesidades de atención que tienen las personas que requieren apoyo para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (en adelante ABVD), alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos, pero esto no combate de manera directa las situaciones de soledad de nuestras personas mayores. Esta ley considera que los cuidados son una necesidad social y configura el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. Reconoce un nuevo derecho de ciudadanía en España, universal y subjetivo, el derecho de las personas que no se pueden valer por sí mismas a ser atendidas por el Estado, y garantizar una serie de prestaciones.

El sistema público de servicios sociales se estructura en dos grandes niveles: El primer nivel es el de atención primaria, es la puerta de entrada, el más próximo a los ciudadanos porque está organizado territorialmente y presta una atención polivalente. Es decir, atiende, al menos en primera instancia, todas las situaciones sociales de la población de una zona.

El otro nivel es el de la atención especializada. Los servicios sociales especializados son aquellos que se dirigen hacia determinados sectores de población que por sus condiciones o circunstancias necesitan una atención específica. Es aquí donde se recogen la atención de forma especializada a las personas de la tercera edad y personas con deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales.

De acuerdo a la ley de 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de Dependencia y el decreto Foral 69/2008 de 1 de diciembre que recoge los recursos públicos recogidos en la cartera de servicios sociales de Navarra. La cartera de servicios sociales es el instrumento mediante el cual el sistema público materializa el derecho y concreta los servicios y prestaciones a los que pueden optar las personas más vulnerables de Navarra. En ella se recoge ayudas y servicios para las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la

discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan ayudas o apoyos para realizar actividades básicas de la vida diaria. En este caso nos centraremos en los servicios y prestaciones orientadas a personas mayores y los destinados a la dependencia.

Las prestaciones que recoge la cartera pueden ser prestaciones garantizadas o no garantizadas. Las prestaciones garantizadas son exigibles como derecho subjetivo, siempre que se cumplan todos los requisitos de acceso, la prestación o el servicio se percibirá. Es decir, es una prestación no sujeta a limitaciones presupuestarias, y debe concederse a quienes tengan derecho (cumplan los requisitos mínimos), sea cual sea el coste para las arcas públicas. Por el contrario las prestaciones no garantizadas son aquellas que están sujetas a limitaciones presupuestarias. La cartera de servicios sociales establece para la tercera edad las prestaciones según su garantía de la siguiente manera:

Tabla 1: Prestaciones garantizadas y no garantizadas de la cartera de servicios sociales de Navarra para las personas mayores.

PRESTACIONES GARANTIZADAS
Servicio de valoración de la situación familiar para el acceso a una plaza residencial
Servicio de ingresos temporales en residencia para personas mayores
Servicio de atención residencial en centro psicogeriátrico
Servicio de atención residencial para personas mayores
Servicio de ingresos temporales en centro psicogeriátrico
PRESTACIONES NO GARANTIZADAS
Servicio de centro de día para personas mayores
Servicio de centro de día psicogeriátrico
Servicio de estancia diurna para personas mayores
Servicio de estancia diurna en centro psicogeriátrico para personas mayores
Servicio de estancia nocturna para personas mayores
Servicio de estancia nocturna en residencia psicogeriátrica
Servicio de ingresos temporales en residencia para personas mayores
Servicio de ingresos temporales en residencia psicogeriátrica
Servicio de atención residencial para personas mayores
Servicio de atención residencial en centro psicogeriátrico
Servicio telefónico de emergencia
Servicio de transporte adaptado y asistido
Servicio de promoción de la autonomía personal y prevención de dependencia para personas mayores
Ayuda económica para comedores
Ayudas técnicas para personas mayores
Subvenciones a entidades de voluntariado de servicios sociales
Subvenciones a entidades de iniciativa social de tercera edad

Fuente: Elaboración propia a partir de la Cartera de Servicios Sociales de Navarra

La Cartera en el área de la dependencia establece 22 servicios y 3 ayudas económicas, todas de carácter garantizado.

Tabla 2: Clasificación de las ayudas de la dependencia

Servicios	Servicio de valoración de la situación de dependencia
	Servicio telefónico de emergencia
	Servicio de transporte adaptado y asistido
	Servicio de centro de día para personas menores de 65 años.
	Servicio de centro de día en centros de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental.
	Servicio de centro de día para personas mayores
	Servicio de centro de día psicogeriátrico
	Servicio de estancia diurna para personas menores de 65 años
	Servicio de estancia diurna para personas mayores
	Servicio de estancia diurna en centro psicogeriátrico
	Servicio de estancia nocturna para personas menores de 65 años
	Servicio de estancia nocturna para personas con enfermedad mental
	Servicio de estancia nocturna para personas mayores
	Servicio de estancia nocturna en residencia psicogeriátrica
	Servicio de ingresos temporales en residencia para personas menores de 65 años
	Servicio de ingresos temporales para personas con enfermedad mental
	Servicio de ingresos temporales en residencia para personas mayores
	Servicio de ingresos temporales en residencia psicogeriátrica
	Servicio de atención residencial para personas menores de 65 años
	Servicio de atención residencial para personas con enfermedad mental
	Servicio de atención residencial para personas mayores
	Servicio de atención residencial en centro psicogeriátrico
Ayudas Económicas	Ayudas económicas para asistente personal de personas dependientes
	Ayudas económicas para la permanencia en el domicilio de las personas dependientes y apoyo a las personas cuidadoras de éstas
	Ayudas mínimas para atención en el domicilio de personas dependientes

Fuente: Elaboración propia a partir de la Cartera de Servicios Sociales de Navarra

Dentro de ellas, como se observa en la tabla, hay dos opciones; servicios o prestaciones. Existen tres tipos de prestaciones económicas, prestación económica vinculada al servicio (artículo 17), prestación económica para cuidados en el medio familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (artículo 18) y prestación económica de asistencia personal (artículo 19).

La prestación Económica Vinculada al Servicio, es una prestación personal destinada a la cobertura de los gastos del servicio previsto en el Programa Individual de Atención

(PIA) cuando no sea posible la atención por un servicio público o concertado de atención y cuidado. Está sujeta al grado y nivel de dependencia y capacidad económica del beneficiario.

Las prestaciones Económicas para Cuidados en el Entorno Familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, se trata de una prestación personal, de carácter excepcional, que tiene como finalidad contribuir a los gastos derivados de la atención a la persona en situación de dependencia en su domicilio. Su finalidad es mantener al beneficiario en su domicilio atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda. Se establecerá a través del PIA y sujeta al grado y nivel de dependencia y capacidad económica del beneficiario.

Por último, la prestación económica de asistencia personal, cuyo objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

Las cuantías de las prestaciones económicas varían según el grado de dependencia y de la capacidad económica de la persona beneficiaria. En el siguiente cuadro se pueden ver las cuantías mínimas y máximas según el grado de dependencia y el tipo de prestación económica:

Tabla 3: Cuantías según el tipo de prestación y el grado de dependencia

		GRAN DEPENDENCIA	DEPENDENCIA SEVERA	DEPENDENCIA MODERADA
PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO	CUANTÍA MÁXIMA	786,00 €	622,00 €	312,00€
	CUANTÍA MÍNIMA	361,16 €	274,92 €	144,00€
PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL MEDIO FAMILIAR Y APOYO A CUIDADORES NO PROFESIONALES	CUANTÍA MÁXIMA	542,85 €	407,21 €	180,00 €
	CUANTÍA MÍNIMA	249,44 €	180,00 €	60,00 €
PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL	CUANTÍA MÁXIMA	1.400,00 €	723,94 €	509,67 €
	CUANTÍA MÍNIMA	700,00 €	289,58 €	203,87 €

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en navarra.es

La ley de la dependencia, y como se ha mencionado anteriormente, no sólo recoge ayudas económicas, también recoge una serie de servicios. Es verdad que no existen unos servicios concretos destinados a combatir la soledad, pero cabe destacar que alguno de ellos de forma indirecta lo hace en cierta medida, mermando un poco ese sentimiento.

Los servicios que recoge la ley de la dependencia en la cartera de servicios sociales de Navarra son, los servicios de prevención de las situaciones de dependencia, el servicio de Teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, los servicios de Centro de Día y de Noche que incluyen, Centro de Día para mayores, Centro de Día para menores de 65 años, Centro de Día de atención especializada y Centro de Noche. Y por último, servicio de Atención Residencial, que puede ser Residencia de personas mayores en situación de dependencia o Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

De los servicios mencionados anteriormente cabe destacar en lo relacionado a combatir la soledad, los servicios de teleasistencia, SAD y los centros de día.

El servicio de teleasistencia o teléfono de emergencia, es un servicio de copago, destinado a situaciones de emergencia en el cual cada quince días se realiza una llamada para conocer como están y hablar un poco, estas llamadas en ocasiones producen en la persona una mejora del estado de ánimo, ya que muchos no tienen con quien hablar en todo el día y sienten que alguien se preocupa e interesa por su estado. Por lo general se muestran agradecidos e incluso reclaman esta atención.

En cambio el Servicio de Atención a Domicilio (SAD) es un servicio donde una persona acompaña como máximo dos horas al día a la persona y realiza funciones de acompañamiento, salir a pasear, hacer la compra, atención doméstica, cuidados personales etc. El objetivo es garantizar prestaciones de ayuda personal, doméstica, rehabilitadora, educativa y de promoción en los hogares a través del trabajo familiar domiciliario permitiendo el nivel de calidad de vida necesaria para la continuidad de las personas en su entorno natural. Para ello, ofrece apoyos sociales a la población destinataria para favorecer su interacción familiar y vecinal como elementos básicos de participación en comunidad y trata de desarrollar redes de voluntariado a efectos de

obtener recursos complementarios de proximidad. Funciones que pueden evitar el aislamiento social y permiten a las personas estar acompañadas en su día a día. Suelen desarrollar un gran vínculo afectivo con la persona generando así sentimientos de pertenencia, se sienten acompañadas, que alguien se preocupa de ellas etc. La duración del servicio va entre 3 y 6 horas semanales, siendo el máximo diario de 2 horas.

Por otro lado están los servicios de atención residencial que se caracterizan por ofrecer alojamiento y manutención en estancias permanentes o temporales. Existen los servicios de estancia diurnas en el cual se fomentan nuevas relaciones sociales o de apoyo en la que pueden interactuar o conocer nuevas personas a la vez que se realizan diferentes. Estos espacios les permiten interactuar con sus iguales y crear un sentimiento de participación y pertenencia. Los Servicios de Atención Diurna, están encaminados a evitar que las personas mayores se alejen del medio en el que viven, permitiendo la permanencia en sus domicilios.

El acceso a estas prestaciones y servicios se lleva a cabo mediante el PIA, que es el Programa Individual de Atención. El PIA es un informe elaborado por el trabajador social, donde se indica la prestación más adecuada para el beneficiario en función de los cambios físicos, psicológicos, médicos, económicos y sociales que posea en un momento determinado. Por tanto, en él se realiza la propuesta de modalidad de intervención, consta de las siguientes intervenciones; en primer lugar el servicio o servicios propuestos, con indicación de las condiciones específicas de la prestación de éste (centro, intensidad, periodos, etc.). En caso de no ser posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, propuesta de prestación económica vinculada al servicio. Excepcionalmente, propuesta de prestación económica para cuidados familiares, cuando la persona beneficiaria esté siendo atendida en su entorno familiar y se reúnan las condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad de la vivienda junto con la prestación económica de asistencia personal, con indicación de las condiciones específicas de acceso a dicha prestación.

Por lo tanto, desde los servicios sociales y regulados por la cartera se ofrecen distintos recursos, ya sean en forma de ayuda o servicio destinados o al mantenimiento de la persona en su entorno o cuando no es posible recursos residenciales. Prima siempre el mantenimiento de la persona en su entorno, siempre que esto sea posible y se garantice

la calidad de vida de la persona. En la siguiente tabla se muestran los servicios prestados para la permanencia en el domicilio y/o entorno:

Tabla 4: Servicios permanencia en el domicilio

Servicios y ayudas económicas de permanencia en el domicilio y/o entorno	Prestaciones económicas	Ayudas económicas para asistente personal
		Ayuda económica para la contratación de un servicio de cuidador/a profesional y/o empresa de servicios en el domicilio
		Ayuda económica para la permanencia en el domicilio y apoyo a las familias cuidadoras.
	Servicios	Centro de día.
		Transporte adaptado y asistido.
		Estancia diurna en residencias.
		Servicio telefónico de emergencia.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Cartera de Servicios Sociales de Navarra

En el caso de Navarra, contamos con el Programa de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia para personas mayores. Este programa consiste en diseñar, promover, difundir y apoyar planes, programas o actividades cuyo objetivo fundamental sea la promoción de la autonomía personal, la prevención de la dependencia y el envejecimiento activo en las personas mayores. Este programa se lleva a cabo mediante talleres, en los cuales las personas mayores pueden desarrollar un papel activo y solidario y ser protagonista de las actividades, estos espacios les permite interactuar con sus iguales y crear vínculos.

Además, de estos servicios y prestaciones, resulta necesario hacer hincapié en las actividades del programa del envejecimiento activo; en todas ellas se fomenta la participación de las personas mayores en la comunidad, para evitar el sentimiento de exclusión. En el caso de Navarra se elabora la Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable de Navarra 2017-2022 para fomentar este tipo de actuaciones. A pesar de contar con estos recursos de carácter público, resultan insuficientes, no logran cubrir

las necesidades existentes en las sociedades, por lo que nacen los recursos privados y el tercer sector.

3.6.3.2 Servicios de atención desde el Tercer sector

La ley 43/2015 define el Tercer Sector como “esa parte de nuestra sociedad que siempre ha estado presente en las acciones que han tratado de hacer frente a las situaciones de desigualdad y de exclusión social”. Describe el Tercer Sector “como una vía de acción ciudadana alternativa, o a veces complementaria, respecto de la gestión institucional pública, con soluciones nacidas de la participación social orientadas a evitar que determinados grupos sociales se vean excluidos de unos niveles elementales de bienestar”. La actividad del Tercer Sector nace del compromiso con los derechos humanos y sustentados en los valores de solidaridad, igualdad de oportunidades, inclusión y participación. Es decir, las entidades del Tercer Sector de Acción Social son aquellas organizaciones de carácter privado, surgidas de la iniciativa ciudadana o social, que responden a criterios de solidaridad y participación social, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos civiles, así como de los derechos económicos, sociales o culturales de las personas y grupos que sufren condiciones de vulnerabilidad o que se encuentran en riesgo de exclusión social (Ley 43/2015 del TSAS). Desempeña un papel crucial en el diseño y ejecución de las políticas contra la pobreza y la exclusión social. Las actividades de las entidades del Tercer Sector de acción social están dirigidas principalmente a cuatro grupos: personas con discapacidad, infancia o menores de ambos sexos, personas mayores y población general. En España, el Tercer sector es un actor emergente que aporta eficiencia y cohesión social. Según Guiteras (2012) se considera un agente social de primera división que requiere voluntad política, pero también de que dicho sector esté rigurosamente organizado y estructurado, atendiendo a las diversas realidades territoriales e impulsando la estructuración del mismo en las comunidades autónomas. Una buena vertebración y organización es imprescindible para un actor emergente como es el Tercer Sector.

Se justifica la existencia de organizaciones altruistas en aquellas áreas en las que el mercado no está interesado en ofrecer servicios por falta de beneficio y en aquellas

otras en las que la administración pública ofrece una cobertura insuficiente o una respuesta inadecuada. Bien es cierto que el Estado tiene sus limitaciones, que se traducen en vacíos en la atención de algunas necesidades, sectores de población y en insatisfacción en cómo lo hace. En el caso de las organizaciones del tercer sector entendemos que su aportación peculiar consiste en ser cauce accesible y organizado de la participación activa, voluntaria y solidaria de las personas o la comunidad en el abordaje de los problemas y retos sociales [...] De las organizaciones del tercer sector esperamos y reclamamos una proximidad atenta, una actitud vigilante y una alerta crítica a favor de los derechos de todas y de cada una de las personas y especialmente de las más vulnerables (Fantova, 2003). Aunque tradicionalmente se ha explicado la existencia del Tercer Sector como una alternativa a los fallos y carencias del Estado y mercado, también se ha destacado que ofrecen servicios personales más cercanos, con mayor calidez e intensidad en la intervención. Por lo que existe cierto consenso en considerar que la acción voluntaria es mucho más flexible y espontánea a la hora de dar respuestas a nuevas necesidades o problemas.

Centrando la acción del tercer sector en las personas mayores, hay que destacar el asociacionismo que se alinea como una herramienta clave de participación de los mayores y jubilados. Se muestra como un modelo mucho más dinámico donde se propone una serie de actividad; esto es muy importante ya que la posición de las personas mayores en la red asociativa tiene un marcado carácter diverso que va desde la participación en múltiples temáticas dentro de grandes asociaciones y de las ONG hasta la contribución en hogares y clubes de personas jubiladas (Duque y Mateo, 2008).

Tradicionalmente, el tercer sector a través del voluntariado social se ha encargado de intervenir para paliar la soledad de las personas mayores; en el caso de Navarra encontramos entidades como Cruz Roja, Cáritas, en el caso de la discapacidad CERMI etc. Estas entidades se encargan de proporcionar servicios para que las personas puedan permanecer en el entorno.

Uno de los programas innovadores en la actualidad en el caso de Navarra es el elaborado por Cruz Roja. Cruz Roja crea un espacio, denominado espacio activo, donde las personas mayores participan en diferentes actividades con sus iguales.

Hasta el momento la mayor parte de las actuaciones han estado relacionadas con el fomento del envejecimiento activo, las actividades intergeneracionales en el ámbito comunitario, la atención a través del ocio y/o la promoción del voluntariado en la atención domiciliaria.

La mayor parte de los programas destinados a combatir la soledad son puestos en marcha desde el ámbito local y provincial, gracias a la cercanía de estas instituciones con respecto a la ciudadanía y tienen un papel muy importante a la hora de mantener a las personas mayores en activo, motivándoles y dotándoles de un espacio para poder socializar.

Además, tienen un papel muy importante las fundaciones de la tercera edad, como por ejemplo Matia, Lares, Pilares etc. encargadas de luchar por los derechos de este colectivo.

Según Salinas (2001), en la actualidad el tercer sector dedicado a los servicios sociales estaría cumpliendo el papel de brazo ejecutor de determinadas políticas sociales del Estado. Comportándose más como una extensión de los servicios sociales que como un tejido social organizado capaz de plantear alternativas e influir en el diseño de políticas sociales.

3.6.3.3 *Redes sociales y familiares*

Las redes sociales han sido definidas como “...una práctica simbólico-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional...” o “Grupo de personas, miembros de una familia, vecinos y otros con capacidad para aportar alguna ayuda y un apoyo tan reales como duraderos hacia su persona”.

Las redes sociales no son estáticas, sino que por el contrario poseen características de sistemas abiertos ya que se encuentran en un proceso dinámico de construcción y reconstrucción permanente (Dabas, 1993). A lo largo de la vida de un sujeto, la red atraviesa una etapa de expansión durante la niñez y adolescencia, de estabilización en la adultez y de contracción en la vejez (Sluzki, 1996).

Las redes primarias las conforman la familia, los amigos y los vecinos. Agentes muy importantes en la vida de las personas. Se caracterizan por su naturalidad, cercanía, rapidez de acceso, e ir más allá de lo económico: apoyo mutuo, emocional, psicológico... pero no es siempre así, ni todas las personas cuentan con ese apoyo.

Tradicionalmente, la familia se encargaba de los cuidados de las personas mayores pero en la actualidad, debido a los cambios sociales acontecidos, la familia extensa ha perdido fuerza. Los tipos de familia se han modificado y con ellos han surgido cambios en los tipos de convivencia. Antes convivían las distintas generaciones en una misma casa. En la sociedad actual y como se ha ido viendo, existen muchas personas mayores que viven solas. A este cambio hay que añadirle el ritmo de vida que se lleva, en el que no se tiene tiempo para nada, y se va de prisa y corriendo a todas partes, por lo que se pierde, en muchas ocasiones, ese espacio de apoyo entre familias por la falta de tiempo para ello. Actualmente, se está originando un avance en la igualdad de género, lo que está produciendo un cambio de roles en la familia tradicional, incluyendo los cambios relativos a los cuidados, debido a diversos factores como el aumento de la esperanza de vida o la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado, la diversificación de modelos familiares y de convivencia. Estos factores a su vez, hacen que sea más complejo para la familia cumplir con todas las tareas.

Después de la familia, los amigos y vecinos son una fuente importante de apoyo de las personas mayores; aun cuando hay casos en que quizás, a pesar y no obstante existir la familia, representan prácticamente toda su ayuda. Los vínculos establecidos a lo largo de toda una vida, favorecen el desarrollo de amistades que coinciden en gustos, intereses, aficiones, manera de pensar, actividades, en fin de todo aquello que les da motivos para reunirse y disfrutar los lazos de unión afectiva. Los vecinos también son parte de la red primaria y constituyen un apoyo y recurso importante en la vida diaria. Estas relaciones les hacen tener sentimiento de pertenencia además de brindarles un apoyo.

Las investigaciones han mostrado ampliamente la importancia que reviste la participación activa en la vida familiar y comunitaria para los adultos mayores, así como las implicancias que la integración social tiene sobre su bienestar y salud integral.

Los propios adultos mayores consideran que el disponer de relaciones familiares y sociales satisfactorias es un aspecto de gran relevancia para la calidad de vida en la vejez. (Arias y Scolni, 2005).

Hoy por hoy, en España el cuidado de personas mayores continúa recayendo en la familia, que sigue siendo la principal fuente de ayuda y apoyo para las personas mayores.

3.6.3.4 La importancia de la comunidad en el cuidado

No debemos olvidarnos del papel de la comunidad. Una vida social activa, con una buena red familiar y social, con actividad en la comunidad protege de la mortalidad y predice el mantenimiento de la capacidad funcional (Mendes de León, 2001) y la función cognitiva (Fratiglioni et al., 2000).

Se considera que las comunidades cuentan con recursos suficientes para responder a sus propias necesidades. El trabajo social comunitario cumple una función preventiva en lo que se refiere a la aparición de situaciones de riesgo o problemas sociales, con resultados a medio y largo plazo, pero persistentes. La atención de las situaciones de necesidad o de dificultad no es adecuada si no se consigue la implicación de la sociedad. Sin ésta, no es posible la integración social. Las intervenciones comunitarias suponen un instrumento que facilita la participación social. Analizar el polo comunitario nos permite pensar el potencial que éste tiene para construir arreglos que no estén comandados por la privatización social y espacial en la familia.

En el caso de la tercera edad y las personas con dependencia, existen diferentes proyectos creados para fomentar la participación en la comunidad y crear un clima de convivencia y pertenencia.

Cabe destacar los proyectos intergeneracionales, se definen como «Actividades o programas que incrementan la cooperación, la interacción y el intercambio entre personas de distintas generaciones. Estas personas comparten sus saberes y recursos y se apoyan mutuamente en relaciones que benefician tanto a los individuos como a su comunidad. Estos programas proporcionan oportunidades a las personas, a las familias

y a las comunidades para disfrutar y beneficiarse de la riqueza de una sociedad para todas las edades» (Generations United, sin fecha).

En Navarra, exactamente en el barrio de San Juan se lleva a cabo una propuesta comunitaria denominada *“Pacto por la persona mayor del barrio de San Juan”*. Esta propuesta nace en el año 2018, por la preocupación existente en el barrio de San Juan, puesto que este barrio presenta el índice más alto de envejecimiento de toda la ciudad. Según el informe ‘Personas mayores en Pamplona, claves para un diagnóstico social’, el barrio de San Juan destaca como la zona más envejecida de la ciudad, con un 33% de vecinos y vecinas mayores de 65 años (el 11% de ellos mayores de 80 años), diez puntos por encima de la media en la capital navarra. En la zona hay unas 6.500 personas mayores, de las que cerca de 1.500 viven solas y unas 2.200 en compañía de una o dos personas también mayores de 65 años. La finalidad es diseñar propuestas para abordar conjuntamente los tres pilares del envejecimiento: salud, participación y seguridad y así dar respuesta a las necesidades de este colectivo de forma global.

Otro proyecto interesante que cabe destacar es el llevado a cabo en Barcelona, denominado proyecto Radars o Radares. El proyecto Radars funciona con la complicidad de los vecinos y vecinas, de los comercios de la proximidad y las farmacias, los tres agentes a los que se les llama “radares”. Los radares velan por la gente mayor del barrio, están atentos su dinámica diaria, y con sensibilidad y respeto, contribuyen a reducir el riesgo de aislamiento y exclusión social de los vecinos más mayores, sobre todo de aquellos que viven solos. Si hay cualquier incidencia, los radares lo comunican al centro de servicios sociales correspondiente. Otros vecinos y vecinas participan como voluntarios a través de la Plataforma de Seguimiento Telefónico. Llamam periódicamente a las personas mayores, con el objetivo de establecer una relación de confianza y vincularlos con el entorno. Se forma un sistema de prevención y detección de situaciones de riesgo de las personas mayores que viven solas, gracias a la complicidad de los vecinos y del entorno.

A lo largo de los años se ha ido percibiendo la importancia de la comunidad y se han ido creando distintos programas y proyectos de diversas índoles cuya finalidad es promover la participación y pertenencia y a su vez abordar necesidades que otros niveles (mercado, Estado, familia...) no alcanzan.

Aproximación a los procesos de envejecimiento en Navarra: factores, percepción y preferencias de cuidado.

4. METODOLOGÍA

La metodología empleada en el presente trabajo con el fin de contrastar y complementar la información relativa a esta realidad social, discutidas en la revisión bibliográfica desarrollada previamente, se estima oportuno la elaboración de un pequeño estudio empírico con el que se ofrecerá de forma más nítida el análisis de estas cuestiones, a través de una metodología que nos aporte datos tanto cuantitativos como cualitativos, ya que de esta forma se puede recoger la información relevante para nuestro trabajo, y así poder explicar y describir la realidad social que viven las personas mayores.

El principal instrumento seleccionado para la obtención de datos es la elaboración de un cuestionario. En este caso se han llevado a cabo 20 cuestionarios a personas mayores de 65 años que viven solas en Navarra. Este es un método cuantitativo que permite dimensionar los resultados obtenidos, pero a su vez, aporta información cualitativa debido al tipo de preguntas formuladas.

Existen numerosas definiciones, según Abascal y Grande (2005) la definen en su libro como “una técnica primaria de obtención de información sobre la base de un conjunto objetivo, coherente y articulado de preguntas, que garantiza que la información proporcionada por una muestra pueda ser analizada mediante métodos cuantitativos y los resultados sean extrapolables con determinados errores y confianzas a una población”. Según los autores, las principales funciones del cuestionario son: trasladar el objetivo de investigación a preguntas concretas que serán respondidas por las personas; homogenizar la obtención de información; contribuir eficazmente a que la persona proporcione información y ayudar a que el tratamiento de datos se haga más rápido gracias a que facilita las tareas de codificación de datos. En este caso partimos de un cuestionario semiestructurado en el cual se combinan preguntas abiertas, cerradas y semiabiertas. Los cuestionarios semiestructurados según Abascal y Grande (2005) se aplican cuando se desea conseguir una mayor variedad de respuestas. Gracias a esta estructura, no únicamente se recaba información cuantitativa, si no que permite obtener información cualitativa.

Si analizamos el cuestionario realizado según la libertad de elección de las respuestas, este cuenta con preguntas abiertas, cerradas y semicerradas. Además, las preguntas pueden ser de respuesta múltiple, preguntas en batería agrupadas en diferentes bloques temáticos etc. Las respuestas a muchas preguntas son abiertas y las personas pueden añadir y relatar su experiencia en este proceso, en el caso que se crea pertinente se anotan estos comentarios para el futuro análisis cualitativo. Es un cuestionario que la propia complejidad de la población de estudio nos ha llevado a que prime el diálogo, pudiendo haber sido una entrevista estructurada.

También es un proceso interpretativo pues la parte investigadora tiene que conseguir la información que desea obtener de la persona participante no solo mediante la dinámica de pregunta-respuesta sino mediante la observación, la comunicación no verbal, el tono, la postura, etc. Proceso que se ha visto dificultado debido a la situación existente en estos momentos por la crisis sanitaria del COVID-19.

El presente trabajo de investigación, se desarrolla en el marco de la investigación activa liderada por Cruz Roja, denominada “Estudio sobre la percepción de soledad de las personas mayores que viven solas en Navarra”, y desarrollada junto con la Universidad Pública de Navarra, cuyo objetivo es analizar la percepción de la soledad en personas mayores de 65 años que viven solas en Navarra. Gracias a la participación en dicha investigación, he tenido la oportunidad de realizar 20 cuestionarios a personas que cumplieran con el perfil de mi investigación.

El trabajo de campo de la investigación consiste en realizar el cuestionario, preferiblemente de manera presencial, a personas mayores de 65 años que viven en la Comunidad Foral de Navarra. La organización Cruz Roja elaboró una base de datos de los posibles participantes, gracias a la cual tuve la oportunidad de acercarme a este colectivo y realizar el cuestionario a 20 personas.

En un inicio, como ya he mencionado, la idea era realizar los cuestionarios de manera presencial, puesto que en un “cara a cara” se transmiten y perciben muchas cosas. Pero, a lo largo del trabajo se tuvo que modificar la metodología y tomar la decisión de hacerlas telefónicamente como consecuencia de la crisis sanitaria existente en estos momentos en el país. Cambio repentino al que tuve que hacer frente con ciertas

dificultades. En primer lugar, la pérdida de la calidez de llevarlas a cabo de manera presencial. Telefónicamente también se puede ser cálido, acompañar etc. pero no es lo mismo ni para las personas participantes, ni para la persona investigadora. Para continuar, las dificultades, en ciertas personas, derivadas de la edad, para seguir una conversación telefónica y con ello la pérdida de información, al ser un cuestionario con preguntas abiertas, este permite averiguar hechos no observables, y conocer presente, pasado y futuro, realidades y sueños, sentimientos, miedos; no existe limitación más allá de lo que la persona quiera contar. Y en este caso se les brinda un espacio en el que se les anima a contar todo lo que quieran, no solo se limita a pregunta-respuesta, se convierte en una conversación, flexible y fluida que nos permite recabar información. Por lo tanto, en esta investigación y como ya se ha mencionado previamente, el cuestionario por el que se ha optado es semiestructurado presenta mayor flexibilidad, pero a su vez mantiene una estructura que facilita recabar la información.

El cuestionario elaborado se centra en distintos ámbitos o bloques. En primer lugar, el bloque referente a cuestiones sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, recursos económicos...). El siguiente bloque se centra en cuestiones de salud y cobertura de necesidades, abordando aspectos económicos también. El bloque tres permite conocer las redes de apoyo de las personas, tanto a nivel familiar, como social, público, privado, si cuentan con redes informales y comunitarias, el tipo de participación... Para continuar un bloque más centrado en su experiencia personal vivencial, los sentimientos, las emociones... Y para finalizar, un bloque centrado más en el futuro, como se ven, que preferencias en el cuidado existen, donde les gustaría vivir...

El cuestionario es una manera de homogeneizar la obtención de la información y que se recaben los mismos ítems en todas las personas, pero no se ha llevado a cabo como un guion rígido de pregunta respuesta, va más allá.

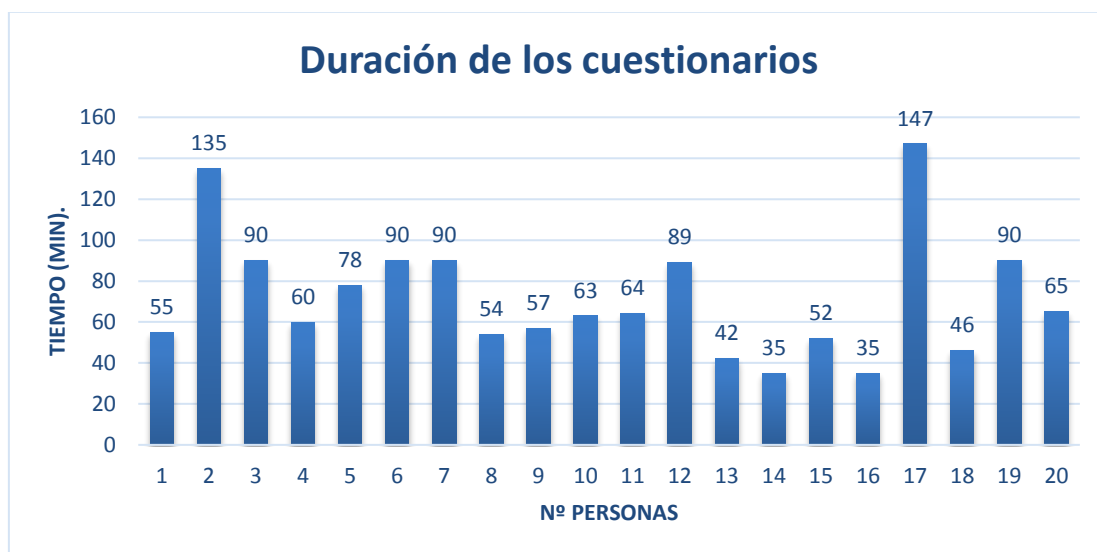
El proceso de la investigación, como ya he mencionado, se vio afectado por el contexto actual que se está viviendo. En un inicio los cuestionarios fueron presenciales, previamente, se realizaba un primer contacto telefónico donde se explicaba en qué consistía el encuentro, se creaba un primer clima de confianza, en muchos casos costoso puesto que existe mucha desconfianza como consecuencia de timos telefónicos etc., en

esta llamada se les ofrecía la opción de elegir el día y la hora, donde querían que se llevase a cabo el encuentro, primando su comodidad.

Las limitaciones principales percibidas son que el tamaño de la muestra es reducido por lo tanto no es una muestra representativa. Y la mayor limitación, es la desconfianza. Por diversos motivos, del total de personas con las que contacté (71 personas, 54 mujeres y 17 hombres), únicamente 20 accedieron, mostrándose muchas de ellas cierto recelo ante la llamada de una persona desconocida.

Los cuestionarios se iniciaron en el mes de febrero de 2020 finalizando en el mes de abril. Desde mediados de marzo, únicamente podían llevarse a cabo telefónicamente. La duración de las mismas dependía de las personas, con una duración aproximada de entre 35 y 147 min. En la siguiente gráfica podemos ver la variación de tiempo empleado, siendo la media de duración de las mismas de 71,85 min:

Gráfico 11: Duración de los cuestionarios



Fuente: elaboración propia.

La duración total de las mismas es de 1437 min. Como se puede observar el tiempo de duración varía mucho, esto se debe a diferentes factores, las ganas de la persona en participar, el tipo de respuesta, la agilidad para hablar y responder, la desviación de la temática... Además con la situación existente en estos momentos, el confinamiento que todos estamos viviendo, muchas personas necesitaban hablar y se ofreció un

acompañamiento telefónico que iba más allá de llevar a cabo el cuestionario y esto aportó aún más información.

Como se ha visto anteriormente, acceden 20 personas a participar, de las cuales tan sólo un 15% son hombres, es decir, únicamente 3 personas del total de la muestra. Siendo el 85% mujeres.

Uno de los requisitos era ser mayor de 65 años, por lo tanto si analizamos las edades de las personas participantes nos encontramos que van desde los 66 hasta los 93 años. Siendo la media de edad de las personas participantes de 78,75 años.

En lo referente al estado civil, se puede observar que predominan las personas que han perdido a su pareja a lo largo de la vida, (viudas 15); 4 personas solteras y 1 persona separada. Si se analiza el estado civil según el sexo, encontramos que los 3 hombres que participan están viudos, al igual que 12 de las mujeres. Analizar según el sexo en esta investigación no es muy representativo puesto que para ello debería ser el mismo número de hombres que de mujeres. Pero la realidad es que los hombres se han mostrado mucho menos participativos, esto se puede relacionar con los estereotipos persistentes aún en la actualidad, a nivel sentimental, esta socialmente más aceptado que las mujeres sean las que expresen sentimientos. A la hora de contactar con hombres, en el momento en el que se les explicaba los temas a tratar, rechazaban participar porque no querían contar su vida.

5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A partir del trabajo de campo realizado se han obtenido los resultados que han hecho posible profundizar en los factores que influyen en la forma de envejecer de las personas y en la percepción de la soledad.

Estos resultados permiten identificar aspectos fundamentales que permiten conocer y acercarnos a una realidad, y a su vez conocer la experiencia de vida de las personas mayores.

A modo de recordatorio, el objeto de estudio de este trabajo es conocer los factores que inciden en el proceso de envejecimiento de las personas mayores de 65 años que viven solas en la Comunidad Foral de Navarra.

Los resultados obtenidos se van a presentar en cinco bloques de análisis.

5.1 La existencia de problemas de salud en las personas mayores afecta de manera directa en el proceso de envejecimiento

Como se ha visto en la revisión bibliográfica existen evidencias de que la salud es una de las variables que más afecta a las personas mayores. La salud es entendida como factor condicionante, esto se debe a que una mala salud puede llevar a que la persona no pueda participar en la vida social tanto como le gustaría. Además, las relaciones sociales son un factor fundamental para el bienestar social, existe una relación positiva entre el apoyo afectivo, la salud y el bienestar, es decir es un estímulo que satisface necesidades, pero en esta etapa de la vida, las personas se exponen a que estas redes puedan reducirse, debido a la pérdida de miembros por muerte o enfermedad, la disminución de oportunidades para establecer nuevos vínculos, y una menor motivación para mantener a los existentes, y a esto se le suma el estado de salud de las personas, si les permite mantener actividades de ocio, relaciones sociales etc.

Para conocer la salud de las personas se utiliza una pregunta directa sobre la percepción del estado general de salud, cómo definirían su estado de salud en la actualidad y el resultado ante esta pregunta es el siguiente:

Aproximación a los procesos de envejecimiento en Navarra: factores, percepción y preferencias de cuidado.

Tabla 5: Clasificación de la salud percibida de las personas

	Muy mala/mala	Aceptable	Buena/muy buena	Ns/Nc
Nº personas que responden	3	5	12	0

Fuente: Elaboración propia

El 45% de las personas participantes padecen algún tipo de enfermedad, aunque la salud percibida vista en la tabla anterior difiere. De las personas que padecen enfermedades, 3 perciben su estado de salud como muy malo/malo. Sí que es verdad que las personas que padecen enfermedades son 9 y de ellas 8 describen su salud como muy mala/mala (3) y aceptable (5). Si analizamos la dependencia y discapacidad obtenemos que 6 personas tienen reconocida una situación de discapacidad y ninguna dependencia, pero de las personas que tienen discapacidad, responden no saber si tienen la valoración de la dependencia.

Una de las mayores preocupaciones de las personas es la salud, el 60% ponen la salud como la principal de sus preocupaciones y el 30% como su segunda preocupación, mientras que un 10% relata no tener preocupaciones.

Los mayores miedos y preocupaciones que aparecen en los discursos referentes a la salud son: perder la autonomía y la capacidad para valerse por sí mismo/a; que el estado de salud vaya empeorando y padecer enfermedades; ser una carga para la familia; y que la salud dificulte las relaciones con la familiares y amigos.

Además expresan que con frecuencia se encuentran cansadas/os y no tienen ganas de hacer actividades y que con frecuencia existe un sentimiento de tristeza que les lleva a que lo les apetezca ver a otras personas.

Una vez realizados los cuestionarios, se puede apreciar que aquellas personas que perciben un estado de salud muy malo/malo y aceptable se sienten más incapacitadas a la hora de realizar actividades de la vida cotidiana y perciben el proceso de la vejez como algo negativo.

Como ya se ha explicado en la metodología, las respuestas a muchas preguntas son abiertas y las personas pueden añadir y relatar su experiencia en este proceso creo relevante destacar dos fragmentos de dos personas:

“Actualmente mi salud me condiciona y me impide acceder al ocio” (E17, mujer, 80 años).

“Me siento frustrada, yo era una mujer muy activa, no paraba y ahora no puedo, con la edad he ido perdiendo, además mi movilidad no me lo permite” (E5, mujer, 90 años).

Las personas, con la edad, van perdiendo autonomía y se vuelven más dependientes, esto hace que se encuentren con más dificultades para adaptarse a nuevas situaciones y que requieran de la ayuda de otras personas para realizar cosas que antes hacían ellas mismas. Del total de personas participantes, 11 relatan necesitar algún tipo de ayuda ya que con el paso de los años han perdido la capacidad de llevar a cabo ciertas tareas o actividades. De las 11 personas que necesitan ayuda, 8 de ellas tienen algún tipo de enfermedad (6 de ellas tienen reconocida una discapacidad).

Rescatando una de las definiciones de envejecimiento mencionada anteriormente, recordamos que define “El envejecimiento, como proceso fisiológico continuado, viene condicionado por determinantes genéticos, ambientales, hábitos tóxicos, falta de uso y enfermedades, entre otros” (Castañeda, 2009, pp. 61). Encontramos que uno de los factores que afecta al envejecimiento es la salud. Y es que no todas las personas envejecen al mismo ritmo, y son aquellas que tienen una percepción negativa de su salud y padecen enfermedades aquellas que sufren más deterioro y como consecuencia envejecen antes que aquellas que no padecen ningún tipo de enfermedad.

5.2 El proceso de envejecimiento de las personas mayores se ve influenciado por la carencia de redes de apoyo en sus vidas

En lo que respecta a las redes de apoyo nos vamos a centrar en las redes familiares y en las redes informales y comunitarias, es decir, amistades y vecindario.

En primer lugar se analiza las redes familiares de las personas. De las 20 personas participantes, 6 personas no han tenido hijos (2 de estas 6 los han perdido). En la tabla se analizará el número de hijos e hijas, diferenciando el sexo:

Tabla 6: Total de hijos/as según el sexo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL
HIJOS	2	2	0	1	0	1	1	0	0	2	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	13
HIJAS	0	1	2	2	0	2	2	0	1	1	1	0	2	0	1	3	0	0	0	1	19
TOTAL	2	3	2	3	0	3	3	0	1	3	1	1	3	0	3	3	0	0	0	1	32

Fuente: Elaboración propia

El total de descendientes de las personas participantes es de 32, 13 hijos y 19 hijas. Las personas expresan ser principalmente las hijas las que se preocupan y se encargan de ayudarles cuando necesitan alguna cosa.

En referencia a la frecuencia de contacto que las personas participantes mantienen con sus familiares se obtiene:

Tabla 7: Frecuencia de contacto de las personas con sus familiares.

Tipo de contacto	Nº de personas
Diario	13
Semanal	2
Mensual	1
Anual	0
Sin contacto	4

Fuente: Elaboración propia

A lo largo del cuestionario, se les pregunta si consideran suficiente el tiempo que pasan con sus hijos e hijas y con sus familiares en general, las personas expresan que nunca es suficiente, que les gustaría poder pasar más tiempo, pero que no puede ser así porque cada uno tiene su vida, su trabajo y sus cosas.

Se considera la familia como principal soporte de las personas mayores, el principal apoyo de estas. En especial los hijos e hijas. Las personas que no han tenido hijos aún cuentan con menor apoyo y expresan sentirse más solas.

“Me pena no haber tenido hijos porque ahora no me sentiría sola, tendría compañía” (E18, mujer, 93 años).

Con el paso de los años, las personas mayores han ido perdiendo sus relaciones sociales, ya sea por pérdida de seres queridos, defunciones, desvinculación, en el caso de las mujeres, encontramos que como consecuencia de los roles de cuidado y la no incorporación socio laboral, carecen de este tipo de redes.

“No tengo vida social, salía sólo con mi marido o a misa y como no he trabajado no he creado vínculos. Además he cuidado de mis padres y entre eso y las cosas de casa...” (E17, mujer, 80 años).

“(...) no tengo amigas porque salía siempre con mi marido”. (E4, mujer, 92 años).

Como se puede ver en los relatos, los dos casos de mujeres, nunca han llegado a crear estas relaciones de amistad. Esto sucede también en el caso opuesto, personas que han dedicado mucho tiempo de su vida a la esfera laboral, desvinculándose de la vida social:

“(...) me desvincule de las amistades por el trabajo, echo de menos esa parte, pero me conformo con mi familia, mi hija y mi nieta” (E9, hombre, 74 años).

Por el contrario, hay personas que se apoyan en estas relaciones de amistad para no sentirse solas, y estas relaciones son un sistema de protección y apoyo.

“Como todos los días en el bar, así como con los amigos, aparte de que no me apañó con la comida, así no como solo.” (E10, hombre, 82 años).

En lo que respecta a la red vecinal, 12 personas expresan tener contacto con sus vecinos, por el contrario 8 personas no tienen ningún tipo de relación. Por lo general, las personas explican que hoy en día es complicado tener relaciones vecinales como consecuencia de la inestabilidad de los alquileres, que entran y salen y no conocen a las personas, relatando que es con las personas de toda la vida con las que tiene este vínculo, es decir, con sus iguales o familiares de los mismos.

“Mis vecinos me ayudan mucho, se preocupan, me suben comida y me visitan mucho” (E5, mujer, 90 años).

En lo relativo a las redes de apoyo, se considera que aquellas personas que carecen de ellas son más vulnerables. Por ejemplo, son más vulnerables a la hora de sentir la soledad. Y la soledad afecta de forma negativa en muchos aspectos de la vida, se relaciona con problemas de salud, y como se ha visto en el apartado anterior las personas con problemas de salud, por lo general tienen un proceso de envejecimiento más rápido y necesitan del apoyo de otras personas para llevar a cabo ciertas actividades como consecuencia de la pérdida de capacidades o autonomía.

5.3 Las personas con menor nivel de estudios y/o menos ingresos cuentan con menos vida social y de ocio

El nivel de estudios de las personas está asociado al acceso de mejores puestos de trabajo, y estos a mejores salarios. Los cuales permitirán a las personas acceder a una vida social y de ocio sin preocupaciones o sin condiciones.

En la tabla 8 se puede observar un pequeño resumen de los datos sociodemográficos:

Tabla 8: Tabla resumen factores sociodemográficos

	Sexo	Edad	Nivel de estudios	Ocupación	Ingresos (€)	Tipo de pensión
1	Mujer	66	Estudios superiores	Trabajo	500-1000	Jubilación Contributiva
2	Mujer	71	Estudios primarios	Trabajo	1000-1500	Jubilación Contributiva + Viudedad
3	Mujer	72	Estudios superiores	Trabajo	1500-2000	Jubilación Contributiva
4	Mujer	92	Estudios primarios	Trabajo	1000-1500	Jubilación Contributiva + Viudedad
5	Mujer	90	Estudios primarios	Labores del hogar	1000-1500	Viudedad

6	Mujer	79	Estudios primarios	Trabajo	500-1000	Jubilación Contributiva + Viudedad
7	Mujer	70	Estudios primarios	Labores del hogar	1000-1500	Viudedad
8	Mujer	73	Estudios superiores	Trabajo	+ 2000	Jubilación Contributiva
9	Hombre	74	Estudios superiores	Trabajo	+ 2000	Jubilación Contributiva
10	Hombre	82	Estudios secundarios	Trabajo	500-1000	Jubilación Contributiva
11	Mujer	77	Estudios secundarios	Labores del hogar	500-1000	Viudedad
12	Mujer	81	Estudios primarios	Trabajo	500-1000	Viudedad
13	Mujer	89	Estudios primarios	Labores del hogar	1500-2000	Viudedad
14	Mujer	69	Estudios secundarios	Trabajo	1500-2000	Jubilación Contributiva
15	Mujer	67	Estudios primarios	Labores del hogar	500-1000	Viudedad
16	Hombre	85	Sin estudios, sabe leer y escribir	Trabajo	1000-1500	Jubilación Contributiva
17	Mujer	80	Sin estudios, sabe leer y escribir	Labores del hogar	1000-1500	Viudedad
18	Mujer	93	Estudios primarios	Labores del hogar	500-1000	Viudedad
19	Mujer	77	Sin estudios, sabe leer y escribir	Labores del hogar	1000-1500	Viudedad
20	Mujer	88	Sin estudios, sabe leer y escribir	Labores del hogar	1000-1500	Viudedad

Fuente: Elaboración propia

Cabe destacar que únicamente 4 personas han cursado estudios superiores, existe una clara vinculación entre los estudios y el nivel económico. Es decir, las personas con mayor nivel formativo, tendrán mayor cualificación y podrán acceder a puestos mejores, lo que implica un mejor salario, mejor calidad de vida, mejor salud...

Como se observa de las 4 personas que han cursado estudios superiores, 2 tienen actualmente una pensión por jubilación de más de 2.000€, son las personas que más ingresos reciben. Únicamente sobre pasan los 1500€ 5 personas, 4 mujeres y 1 hombre.

De 17 mujeres, más de la mitad, 9 mujeres, se han dedicado a las labores del hogar y los cuidados, el nivel de estudios de las mismas es: 3 sin estudios pero saben leer y escribir, 5 estudios primarios y 1 estudios secundarios. El estado civil de estas mujeres es viudas, por lo que reciben una pensión por viudedad.

El estado civil y el sexo, son importantes a la hora de analizar los ingresos mensuales. Como ya se ha visto en apartados anteriores, a lo largo de los años, las mujeres han

luchado por sus derechos y la incorporación al mercado laboral y el acceso a la educación, son relativamente recientes. Es por ello, que la mayoría de mujeres han tenido un acceso reducido a la educación, se han dedicado al hogar y al cuidado, percibiendo ahora una pensión por viudedad.

Las personas con menos ingresos se ven más condicionadas a la hora de gastar dinero en actividades de ocio:

“(...) no me lo puedo permitir”. (E11, mujer 77 años).

“(...) ¿Ocio? Hay meses que apenas puedo comer.” (E11, mujer 77 años).

“(...) me cuesta gastar el dinero en ocio, me lo pienso dos veces (...)” (E3, mujer, 72 años).

En resumen, uno de los principales mecanismos de integración en la sociedad actual es el empleo. El empleo además da acceso a otros sistemas de protección social, sino también a una serie de derechos sociales como son la educación, la salud, prestaciones sociales... Tampoco se puede obviar que el empleo, además de ser la fuente básica de ingresos, constituye un mecanismo de articulación de relaciones sociales, aumenta la autoestima, es fuente de status y hace que las personas se sientan realizadas etc. Esta autorrealización se debe al sentirse parte de algo, una pieza más en puzle de la sociedad, sentirse útil, independiente... En las personas mayores (al igual que a las demás), el nivel económico les condiciona a la hora de acceder a los bienes comerciales, oportunidades de ocio y una amplia gama de actividades. Además, el hecho de estudiar y trabajar se asocia con una red social más amplia, por lo tanto, contarán con mayores apoyos.

5.4 Las personas de mayor edad son más vulnerables a padecer sentimientos de soledad

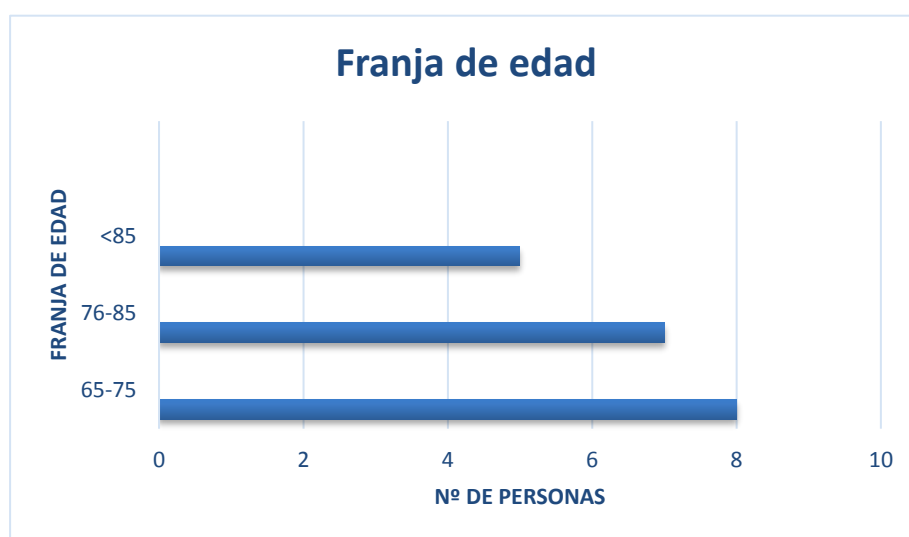
A lo largo de los cuestionarios, las personas muestran sentimientos, como por ejemplo el de soledad. Los sentimientos en ocasiones son difíciles de expresar y se invisibilizan, esto pasa mucho con el fenómeno de la soledad. La soledad no es algo sencillo, hay veces que las personas sentimos soledad y estamos rodeados de muchas personas. La soledad no depende únicamente de la cantidad, si no de la calidad de estas relaciones, de las expectativas de las personas etc.

La soledad es un concepto muy amplio y multifactorial, que puede aparecer a cualquier edad. A partir de la información obtenida de los cuestionarios realizados se comprueba que no existen claras diferencias en sentir soledad. Es decir, la edad no es un factor condicionante en esta investigación.

Existen muchos modelos de escalas para medir la soledad, escala UCLA, la escala SESLA, la escala ESLI y la escala de satisfacción vital de Philadelphia, por ejemplo.

En este caso se emplea la escala *de Jong Gierveld Loneliness Scale* (DJGLS), diseñada para evaluar la presencia y la intensidad de los sentimientos de soledad. La subescala de *soledad emocional* tiene seis ítems formulados de forma negativa y explora los sentimientos de desolación y falta de relaciones de apego. Ninguno de los ítems utiliza la palabra soledad de forma explícita, puesto que ello genera una reacción negativa en las personas, muchas de ellas al mencionar la palabra soledad responden que ellas no se sienten solas. Al tratarse de cuestionarios telefónicas, se opta por emplear tres modalidades de respuesta, “No”; “Más o menos”; y “Sí”, según se recomienda en los criterios establecidos en el manual de Jong Gierveld y Van Tilburg (2011).

Como se puede observar en el siguiente gráfico, se distribuye a las personas según la franja de edad, de manera que 8 personas están entre los 65-75 años; 7 entre los 76-85 años; y 5 tienen más de 85 años.

Gráfico 12: Personas según la franja de edad

Fuente: elaboración propia.

Tras analizar las respuestas según las diferentes franjas de edad establecidas, se obtienen datos semejantes. Por lo que esta hipótesis de partida, no se confirma. Puede que las personas de la franja de los 65 a los 75 años estén recientemente en un proceso de adaptación y sientan mayores niveles de soledad por ello.

Como se ha visto en la revisión bibliográfica, la relación entre la edad y la soledad no se debe a la edad en sí misma, sino que se relaciona con acontecimientos vitales negativos, como la viudedad, un peor estado de salud y menores oportunidades de socialización en la edad muy avanzada (Jong Gierveld, 1998). Por ejemplo, si eres mayor de 85 años tienes más posibilidades de perder amistades, por causas naturales de la vida. Al igual que se tiene mayor posibilidad de padecer enfermedades y estas pueden causar sentimientos de soledad.

Tabla 9: Experimentación de la soledad en la franja de los 65-75 años

	SI	MÁS O MENOS	NO
¿Siempre hay alguien con quien pueda hablar de sus problemas diarios?	5	1	1
¿Echa Ud. de menos tener un buen amigo/a de verdad?	2	2	3
¿Siente una sensación de vacío a su alrededor?	1	3	3
¿Hay suficientes personas a las que puede recurrir Ud. en caso de necesidad?	5	0	2
¿Echa Ud. de menos la compañía de otras personas?	3	3	1
¿Piensa que su círculo de amistades es demasiado limitado?	3	1	3
¿Tiene mucha gente en la que confiar completamente?	2	1	4
¿Hay suficientes personas con las que tiene una amistad muy estrecha?	3	1	3

¿Echa de menos tener gente a su alrededor?	1	3	3
¿Se siento abandonada/o a menudo?	1	1	5
¿Se siente sola/o?	2	2	3
¿Está satisfecha/o con su red de apoyo?	4	2	1

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 9 se observa el número de personas que responden a esa pregunta, cabe señalar que una de las personas de esta franja no quiso responder a estas cuestiones y en todo momento se respeta la decisión. Marcadas en azul, están aquellas preguntas que responden las personas y muestran cierta necesidad o carencia. El número de respuestas son similares en la mayoría de preguntas, se puede decir que la mitad de la muestra expresa tener sentimientos de soledad y la otra mitad no.

Cabe destacar *¿Echa Ud. de menos la compañía de otras personas? ¿Se siente sola/o?* Ante la pregunta de *¿Se siento abandonada/o a menudo?*, la mayoría de personas responden que no.

Los resultados obtenidos para la franja de 76-85 años son similares a la anterior:

Tabla 10: Experimentación de la soledad en la franja de los 76-85 años

	SI	MÁS O MENOS	NO
¿Siempre hay alguien con quien pueda hablar de sus problemas diarios?	4	0	3
¿Echa Ud. de menos tener un buen amigo/a de verdad?	2	0	5
¿Siente una sensación de vacío a su alrededor?	3	0	4
¿Hay suficientes personas a las que puede recurrir Ud. en caso de necesidad?	4	0	3
¿Echa Ud. de menos la compañía de otras personas?	2	3	2
¿Piensa que su círculo de amistades es demasiado limitado?	3	0	4
¿Tiene mucha gente en la que confiar completamente?	3	2	2
¿Hay suficientes personas con las que tiene una amistad muy estrecha?	4	0	3
¿Echa de menos tener gente a su alrededor?	3	1	3
¿Se siento abandonada/o a menudo?	2	1	4
¿Se siente sola/o?	3	2	2
¿Está satisfecha/o con su red de apoyo?	4	0	3

Fuente: Elaboración propia

En lo que respecta a la última franja de edad ocurre lo mismo. Cabe destacar que la mayoría de personas responden que se sienten solas, pero no existe una diferencia que confirme la hipótesis de partida.

Tabla 11: Experimentación de la soledad en la franja de más de 85 años

	SI	MÁS O MENOS	NO
¿Siempre hay alguien con quien pueda hablar de sus problemas diarios?	2	1	2
¿Echa Ud. de menos tener un buen amigo/a de verdad?	1	0	4
¿Siente una sensación de vacío a su alrededor?	2	0	3
¿Hay suficientes personas a las que puede recurrir Ud. en caso de necesidad?	3	1	1
¿Echa Ud. de menos la compañía de otras personas?	2	2	1
¿Piensa que su círculo de amistades es demasiado limitado?	2	2	1
¿Tiene mucha gente en la que confiar completamente?	2	1	2
¿Hay suficientes personas con las que tiene una amistad muy estrecha?	1	3	1
¿Echa de menos tener gente a su alrededor?	2	1	2
¿Se siento abandonada/o a menudo?	1	1	3
¿Se siente sola/o?	2	2	1
¿Está satisfecha/o con su red de apoyo?	3	1	1

Fuente: Elaboración propia

5.5 Las preferencias de cuidado se mantienen en el entorno y continúan prevaleciendo los patrones de género en los ideales de cuidado

Para conocer las preferencias entorno a los cuidados, se les invita a imaginarse su futuro, donde estarán, quien o quienes estarán acompañándoles, en el caso de necesitar cuidados quién prefiere que le atienda, si prefieren que sea una persona de la familia, si es mujer o hombre, si es una persona cercana, si es profesional o voluntaria etc. Los datos obtenidos son los siguientes:

Gráfico 13: Preferencias en el cuidado según la relación

Fuente: Elaboración propia

En lo que respecta a las preferencias de cuidado 13 personas, es decir, el 65% de las personas participantes prefieren que sea una persona de la familia quien se encargue de cuidarle si esto fuese necesario.

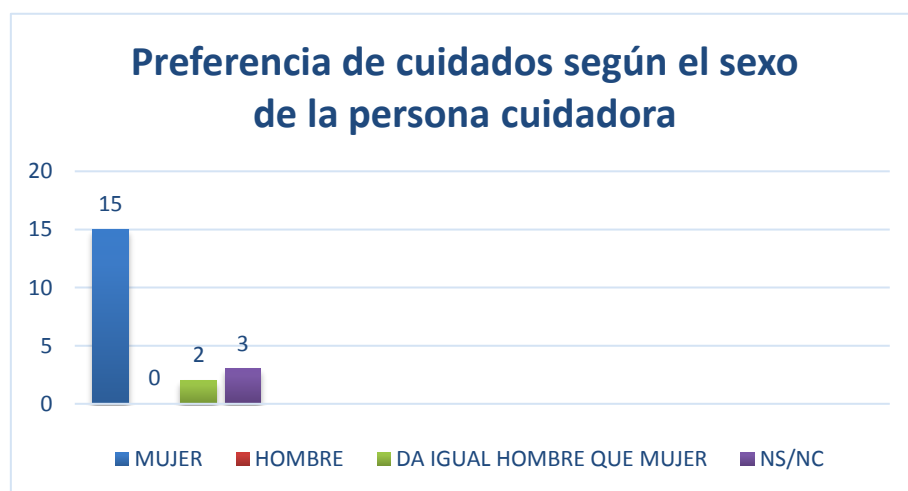
A ninguna persona le gustaría que este papel lo ocupase una persona allegada, es decir, amistades, relaciones vecinales etc.

El 20% de las personas (4) prefiere que sea una persona profesional, ya sea voluntaria o contratada quien desarrolle las labores de cuidado.

Ante esta pregunta 3 personas se quedan mucho rato pensativas, y terminan respondiendo que no saben. alguna de ellas no tiene relación con la familia y expresa que cómo va a imaginarse que le vayan a cuidar si está sola. Otras deciden que no sea una persona de la familia porque no quieren ser una carga. Aparece también un sentimiento de preocupación, creen que los cuidados pueden llevar a conflicto.

Pese a la elección de quien prefiere que se encargue de los cuidados se les pregunta por el sexo de esa persona, si les gustaría que fuese mujer, hombre, les da igual, no saben... Ante esta pregunta, las personas no dudan en responder, con un 75%, prefieren que sea una mujer. Destaca que nadie responde que quiere que sea explícitamente una persona de sexo masculino. Un 10% responde que no le importa quien lo haga, con tal de que lo haga bien y sepa cuidarle. Y un 15% no contesta o no sabe.

Gráfico 14: Preferencias en el cuidado según el sexo de la personas cuidadora

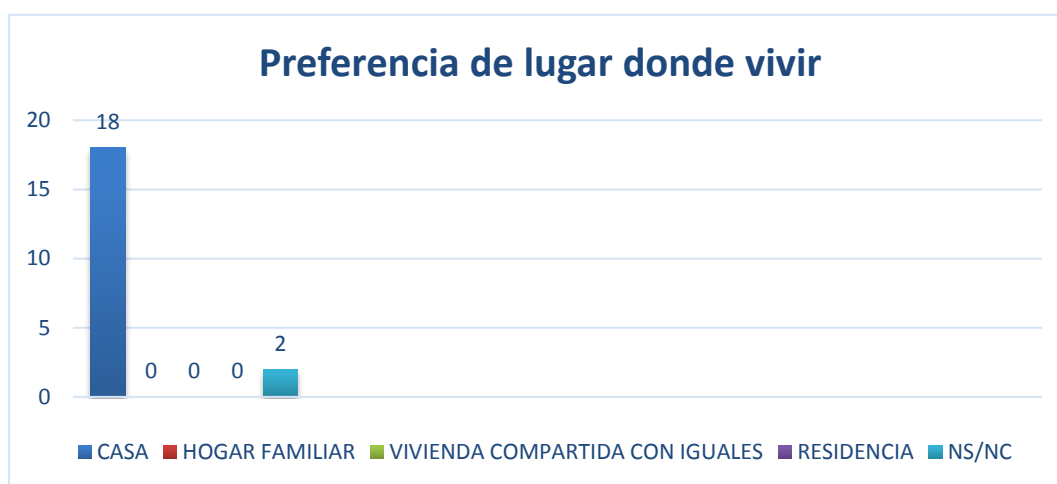


Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar prevalecen los patrones de género en los ideales de cuidado de la mayoría de personas.

Por lo tanto, en lo analizado encontramos que existen preferencias de que sea una persona de la familia quien se encargue de los cuidados (65%) y que esta sea mujer (75%). A continuación, se quiere conocer donde les gustaría vivir en los próximos años y los resultados obtenidos se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico 15: Preferencias en el cuidado según el lugar



Fuente: Elaboración propia

Casi en su totalidad, las personas prefieren seguir viviendo en su propio hogar, hablamos de un 90% de las personas que han participado.

Los datos obtenidos a partir de la cumplimentación del cuestionario han servido para obtener información, no tanto a nivel cuantitativo, puesto que la muestra no es representativa, pero si a nivel cualitativo. Estos datos nos permiten conocer, distintos aspectos de las carencias o necesidades que muestran estas personas. Nos dan una idea de posibles futuras investigaciones en las que recabar información representativa con el fin de poder crear, por ejemplo, nuevas políticas sociales, recursos, planes etc. que solventen las necesidades expuestas por estas personas. Para ello es necesario escucharles y que sean las propias personas quienes expresen cómo viven esta etapa, que necesitan. Cabe destacar, el fenómeno de envejecer en casa, preferencia de muchas personas mayores. Para que esto se dé satisfactoriamente y no aparezcan sentimientos de soledad etc. hay que elaborar los servicios y recursos necesarios para que estas personas tengan una buena atención y calidad de vida.

CONCLUSIONES Y CUESTIONES ABIERTAS

Actualmente formamos parte de una población envejecida y la tendencia de los próximos años es que las pirámides poblacionales continúen invertidas, con un gran número de personas mayores como consecuencia de la baja natalidad y el aumento de la esperanza de vida. Si, el envejecimiento supone un gran progreso por un lado, pero a su vez supone un gran reto para las sociedades y para las políticas sociales, los sistemas de bienestar social etc. estos deben contribuir en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, fomentar un nivel alto de participación en la sociedad y evitar la soledad.

Es cierto que, las personas mayores se enfrentan a numerosos cambios en esta etapa de la vida, debido a la asunción de nuevos roles sociales, la salida del mundo laboral, la viudedad, fallecimiento de familiares y amigos o la pérdida progresiva de autonomía. Por ello necesitan una gran capacidad de adaptación. Además se enfrentan al fenómeno de la soledad. La soledad es uno de los grandes retos sociales a los que se necesita dar respuesta para satisfacer las necesidades de nuestros mayores.

A estos cambios hay que sumarle que las sociedades se encuentran en continuo cambio, y se evidencian sociedades cada vez más individualistas, con menor apoyo familiar, las familias se sitúan más lejos y las redes de apoyo han ido cambiado. Hecho que se justifica con la menor disponibilidad de tiempo, la necesidad de ir corriendo a todas partes y la inclusión de las mujeres a la esfera laboral, no debemos olvidar que el cuidado de las personas mayores recae sobre la familia pero especialmente en las mujeres, que debían y deben en muchos casos, ser las encargadas de prestar estos cuidados.

La tenencia de hijos e hijas parece ser un factor protector frente a soledad y a su vez una red de apoyo primordial. Las personas que más contacto tienen con su familia y que tienen a esta más cerca, muestran sentirse menos solas.

Pese a los cambios sociales acaecidos, se ha podido comprobar en esta investigación la prevalencia de los patrones de género en los ideales de cuidado. Y es que la mayoría de personas mayores prefieren ser cuidadas por un familiar y que este sea mujer.

Además existe una clara preferencia de envejecer en casa. Surgiendo así el fenómeno aging in place. La mayoría de las personas mayores quieren continuar envejeciendo en sus hogares, este fenómeno presenta nuevas necesidades sociales.

Como consecuencia del mismo, aumentan los hogares unipersonales formados por personas mayores de 65 años. El hecho de vivir solo es uno de los factores de riesgo para que surja la soledad. Pero, a pesar de la soledad, se mantiene el deseo de permanecer en el domicilio. Se deben crear redes de apoyo, servicios y recursos que posibiliten y garanticen este mantenimiento en el hogar y a su vez garanticen y proporcionen lo necesario para que la calidad de vida de estas personas no se vea afectada.

La soledad es un problema social que afecta a las personas mayores, y que puede conllevar consecuencias negativas. Se ha podido comprobar que la soledad es multidimensional. Influyen diversos factores, como por ejemplo el estado de salud. La salud condiciona a las personas, las personas que perciben su salud como mala o muy mala sienten mayor soledad y esto está íntimamente relacionado con que las personas que tienen problemas de salud tienen menos vida social.

Con el paso de los años, las redes sociales de las personas van disminuyendo, lo que hace que se sientan más solas. Además, cada persona tiene su percepción, sentirse solo no implica estar solo. La realidad social es que, una parte de esta población se encuentra en situación de vulnerabilidad y fragilidad debido a la falta de apoyos necesarios en su día a día.

Hay que tener claro, que la problemática de las personas mayores no es un problema que afecte a ellas solamente, sino a toda la sociedad, es un problema común y compartido. Los servicios públicos no alcanzan a satisfacer las necesidades existentes. Pese a esta realidad social, no existen políticas sociales, ni protocolos que atiendan y combatan de forma directa la soledad de las personas mayores.

Actualmente, nacen nuevos proyectos sociales dirigidos a este colectivo, pero todos ellos nacen desde el tercer sector. Es difícil cubrir las necesidades y trabajar el fenómeno de la soledad cuando no existen protocolos o metodología de intervención social. Para poder proporcionar una atención efectiva mediante políticas públicas es necesario crear

unas bases teóricas sólidas y conocer las necesidades reales que surgen en este colectivo, puesto que no existen evidencias científicas suficientes por el momento.

Las personas que nos dedicamos al trabajo social, podemos trabajar desde la prevención y la anticipación, evitando de esta forma el aislamiento social de las personas y los sentimientos de soledad, para ello se deberían llevar a cabo proyectos como el explicado en el trabajo, radares en Barcelona, o el del Barrio de San Juan. En estos momentos la comunidad juega un papel muy importante en la vida de las personas mayores. Y a su vez, se deben llevar a cabo investigaciones que recojan las necesidades expresas de esta población, debemos escucharles para poder llegar a cubrir las carencias existentes.

En la línea de lo expuesto anteriormente, se podría plantear una iniciativa en los distintos barrios de Pamplona promoviendo la ayuda intergeneracional entre vecinos del mismo portal, bloque o calle. Los apoyos comunitarios son de gran relevancia, puesto que son de fácil alcance y así se puede llegar a muchas personas mayores, generando en ellos un sentimiento de pertenencia y además que sientan apoyo y preocupación por parte de otras personas, debemos recordar que no todos tienen familia, que no todas las familias están unidas, ni viven cerca, entre otros.

Además se podría plantear crear líneas de teléfono en las que las personas más jóvenes de este colectivo ayuden a combatir sentimientos de soledad, y donde puedan crear un vínculo.

A lo largo del trabajo desarrollado he podido conocer de primera mano cómo viven estas personas el proceso de envejecimiento. Es preciso hacer hincapié, en la soledad, fenómeno que aparece en muchas personas mayores. Durante los cuestionarios telefónicos he podido comprobar la necesidad de estas personas y la importancia de acompañarles en este proceso. Pese a esta realidad, no existen políticas sociales o recursos destinados de forma directa a combatir la soledad. Bien es cierto que se empieza a dar importancia a este tema, y desde el Tercer Sector ya se proponen herramientas y recursos relacionados con la soledad. Además no debemos olvidar que las personas mayores expresan una clara preferencia de envejecer en casa. Para que esto sea posible, se deben crear políticas y recursos que les faciliten y garanticen la estancia en el entorno. Desde el Trabajo social tenemos un papel muy importante,

debemos ser capaces de innovar y crear estrategias y metodologías que se adapten a las nuevas necesidades de la sociedad.

Por último me gustaría agradecer a Cruz Roja y a la Universidad Pública de Navarra la oportunidad de poder participar en un proyecto de investigación así, considero que es un proceso de aprendizaje muy importante y enriquecedor, tanto a nivel profesional como personal.

Y no podía olvidarme de mi tutora, gracias por la paciencia y el empeño, por confiar y animarme día a día.

REFERENCIAS

- Abascal, E. y Grande I. (2005). Análisis de encuestas. Madrid: Esic. Consultado el 10/05/2020. Recuperado de:
<https://books.google.es/books?id=qFcZOOiwRSgC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Abellán García, A.; Aceituno Nieto, P. Pérez Díaz, J.; Ramiro Fariñas, D. Ayala García, A. y Pujol Rodríguez, R. (2019). "Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 22, 38p. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>>
- Arcos, M. Luisa. (2003). El acogimiento familiar de mayores. Análisis de la Ley Foral 34/2002, de 10 de diciembre, de Navarra, Revista Jurídica de Navarra, 36, julio-diciembre, 2003, pp. 51-63.. Revista Jurídica de Navarra. 36. 51-63.
- Arias, C. y Scolni, M. (2005). Evaluación de la Calidad de vida a los viejos en la ciudad de Mar del Plata. En C. Miranda, La Ocupación en la Vejez. Una Visión Gerontológica desde Terapia Ocupacional. (p. 55-68). Mar del Plata: Suárez.
- Bazo Rollo, M^a Teresa (1989). Personas ancianas: salud y soledad. Recuperado de http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_047_08.pdf
- Berzosa Zaballós, G. (2018). El bienestar que genera la salud aumenta con la inclusión social. Reflexiones sobre la necesaria coordinación sociosanitaria. Actas de coordinación sociosanitarias, nº 28, 123- 140.
- Bellegarde, M.D (2017). Soledad en mujeres mayores que viven solas. Tesis doctoral: Universidad de Valencia
- Bermejo, J. C. (2005). La Soledad en los mayores. IMSERSO. Madrid: Humanizar.es. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>
- Boss, L., Kang, D., & Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: A systematic review. International Psychogeriatrics, 27(4), 541-553. doi:10.1017/S1041610214002749

Aproximación a los procesos de envejecimiento en Navarra: factores, percepción y preferencias de cuidado.

Cacioppo, John T. PhD; Hawkley, Louise C. MA; Crawford, L. Elizabeth PhD; Ernst, John M. PhD; Burleson, Mary H. PhD; Kowalewski, Ray B. MA; Malarkey, William B. MD; Van Cauter, Eve PhD, and; Berntson, Gary G. PhD Loneliness and Health: Potential Mechanisms, *Psychosomatic Medicine*: May-June 2002 - Volume 64 - Issue 3 - p 407-417

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea «DOUE» núm. 83, de 30 de marzo de 2010, páginas 389 a 403. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-Z-2010-70003>

Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General (2012). Recuperado de: <http://www.cfnavarra.es/prm/Cartera%20de%20servicios%20sociales/servicios-37118.html>

Castañeda, P.J. (2009). Vejez, dependencia y salud. Guía práctica de gerontología. Pirámide.

Castro, M. P. (2010). Soledad y envejecimiento: Cómo evitar que este binomio se cumpla. En Hartu-Emanak, La autonomía personal y la dependencia en el proceso de envejecimiento (X Jornadas), pp. 33-45. Bilbao (ISBN: 978-84-613-8155-5)

Castro, M.P. (2015). El sentimiento de soledad en las personas mayores y su relación con la atribución causal y el afrontamiento. (Tesis Doctoral no publicada). Universidad de Deusto.

Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: A review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 557-576. doi:10.1017/S1041610215001532. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/correlates-and-predictors-of-loneliness-in-olderadults-a-review-of-quantitative-results-informed-by-qualitative-insights/EF57448627F1EF5CFD89F83C3F188175>

Consejo Estatal de las Personas Mayores, Proyecto Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018–2021. Madrid, IMSERSO, 2018, 121 p. Ref. 532000

Constitución Española (1978). «BOE» núm. 311, de 29/12/1978. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

Dabas, E. (1993). Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales. Buenos Aires: Paidós.

Del Monte Diego, J. (2017). Cohousing. Modelo residencial colaborativo y capacitante para un envejecimiento feliz. Madrid: Fundación Pilares

Decreto Foral 69/2008, 17 de junio por el que se aprueba la cartera de servicios sociales de ámbito general. BON N.º 84 - 09/07/2008. Recuperado de: <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=29663>

Díez Nicolás, J., & Morenos Páez, M. (2015). La soledad en España. Recuperado de https://www.fundaciononce.es/sites/default/files/soledad_en_espana.pdf

Doblas, J. L., & Conde, M. D. P. D. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. Revista Internacional de Sociología, 76(1), 085.

Doblas, J. L., & Conde, M. D. P. D. (2018). Viudedad, soledad y salud en la vejez. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 53(3), 128-133.

Duque, J.M., y Mateo, A. (coords.) (2008). La participación social de las personas mayores. Madrid: IMSERSO.

Espinosa, JM., Muñoz, F & Portillo, J. (2005). Clasificando a las personas mayores, Una visión dinámica. Medicina de Familia (And). 6 (3) Pp.167-168

Fantova F. (2003). Tercer sector y administraciones públicas (sinergias para la solidaridad)/documento final del seminario.

Fernandez Carro, C. (2016). Ageing at home, co-residence or institutionalisation? Preferred care and residential arrangements of older adults in Spain. Ageing and Society, 36(3), 586-612. doi:10.1017/S0144686X1400138X

Filardo Llamas, C. (2011). Trabajo social para la tercera edad. Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social, ISSN 1133-6552, Nº. 49, 2011, págs. 204-219. Recuperado el 23 de marzo de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4111475>

Fratiglioni, L. et al. (2000): «Influence of Social Network on Occurrence of Dementia: a Community Based Longitudinal Study», *Lancet*, 355, págs. 1315-1319.

García, M.M y Sáez, C.A. (2003). *Trabajo Social en Gerontología*. Madrid: Síntesis editorial.

González-Celis Rangel, A. L., & Lima Ortiz, L. (2017). Autoeficacia, Percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en Adultos Mayores. *Entre ciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 5(15).

Guerrini, M. E (2010). La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3313191> el 07/04/2020. Texto completo: <http://www.margen.org/suscri/margen57/guerrini57.pdf>

Guiteras Mestres, A. (2012): «La relación entre público y privado en los Servicios Sociales: el papel del Tercer Sector». *Cuadernos de Trabajo Social*, 25(1): 125-132

Hawkey, Louise & Cacioppo, John. (2010). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>

Hazer O, Boylu AA. The examination of the factors affecting the feeling of loneliness of the elderly. *Procedia - Soc Behav Sci* 2010; 9: 2083-2089.

Iglesias de Ussel, J. (2001). La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales.

Instituto Nacional de Estadística (2019). Estado de salud.

Instituto Nacional de Estadística. (2019). Padrón Continuo.

Instituto nacional de estadísticas (2019). Encuesta continua de Hogares. Número de hogares, tipo de hogar.

IMSERSO (2001). La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

IMSERSO (2016). INFORME 2016. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Recuperado el 15 de marzo de https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=3437

Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, 73-80.

Jong Gierveld, J. & Van Tilburg, T. G. (2011). *Manual of the Loneliness Scale 1999* (Actualización de la versión impresa). Recuperado el 04 de mayo de 2020, de http://home.fsw.vu.nl/TG.van.Tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html

Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1982-9983>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

Ley 43/2015, de 9 de octubre, del Tercer Sector de Acción Social. Recuperado de: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-10922

Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de salud de Navarra BON N.º 146 - 03/12/1990. Recuperado de: <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=10641>

Ley foral 15/2006, de 14 de diciembre, de servicios sociales. BON N.º 152 - 20/12/2006. Recuperado de: <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=10855>

Ley foral 34/2002, de 10 de diciembre, de acogimiento familiar de personas mayores de Navarra. BON N.º 150 - 13/12/2002. Recuperado de: <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=3325>

López Doblas, J y Díaz Conde, M (2013). La modernización social de la vejez en España. *Revista internacional de Sociología*. Vol 71 nº1, 65 – 89. Recuperado en: <https://doi.org/10.3989/ris.2011.04.26>

López-Roldán, Pedro; Fachelli, Sandra. Metodología de la investigación social cuantitativa. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona, 2015. Consultado el 09 de mayo de 2020. Recuperado de <https://ddd.uab.cat/record/129382>

Aproximación a los procesos de envejecimiento en Navarra: factores, percepción y preferencias de cuidado.

Luanaigh, Conor & Lawlor, Brian. (2008). Loneliness and the health of older people. *International journal of geriatric psychiatry*. 23. 1213-21. 10.1002/gps.2054.

Martínez Virto, L.; Pérez Eransus, B. (2018) El modelo de Atención primaria de Servicios Sociales a debate: dilemas y reflexiones profesionales a partir del caso de Navarra, en *Cuadernos trabajo social*. 31(2), 333-343.

Mendes de León, C. F et al. (2001): «Disability as a Function of Social Networks and Support in Elderly African Americans and Whites: the Duke EPESE 1896-1992», *Journals of Gerontology B Psychological Sciences and Social Sciences*, 56, págs. 179-190

Miers, M. R. G (2005). Cuando la tercera edad nos alcanza: Crisis o retos. España: Trillas.

Montero, M. Sánchez, J.J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental*, 24 (1), 19-27. Recuperado el 19 de marzo de 2020 de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam011d.pdf>

MSSSI, (2015): MARCO DE ACTUACIÓN PARA LAS PERSONAS MAYORES PROPUESTAS Y MEDIDAS PARA FORTALECER EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES. Recuperado el 21 de marzo de 2020 de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ministerio-sanidad-mayorestelefonica-Marco-actuacion-PersonasMayores-02-2015.pdf>

Pinazo Hernandis, Sacramento; Bellegarde Nunes, Mônica Donio. Madrid: Fundación Pilares, 2018. 175 p. (Estudios de la Fundación para la Autonomía Personal; 5).

Pinazo, S; Bellegarde, M. D. (2018). La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención. Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal, (5).

Pinquart, M. & Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23, 4, 245-266.

Pinel, M., & Rubio, R. (2009). Un instrumento de medición de soledad social: escala ESTE II. Calidad de vida. Granada: Universidad de Granada.

Proyecto Radars. Ayuntamiento de Barcelona. Consultado el 10/05/2020. Recuperado de https://ajuntament.barcelona.cat/personesgrans/es/noticia/proyecto-radares-la-soledad-de-las-personas-mayores_540006

Proyecto Radars. Ayuntamiento de Barcelona. Consultado el 10/05/2020. Recuperado de: <https://ajuntament.barcelona.cat/tempsicures/es/noticia/10-azos-de-proyecto-radares-la-red-vecinal-y-comunitaria-que-vela-por-el-bienestar-y-el-cuidado-de-los-mayores-ya-se-ha-consolidado-en-mzas-de-35-barrios-de-la-ciudad>

Real Academia Española (2014). Diccionario de la lengua española (23ª ed.). Consultado en https://dle.rae.es/soledad?m=30_2

Real Decreto 1030/2006, de 15 de diciembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>

Rodríguez Martín, Marta. (2009). La soledad en el anciano. Gerokomos, 20(4), 159-166. Recuperado en 20 de marzo de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es&tlng=es.

Rubio Herrera, R. (2004). "La soledad en las personas mayores españolas". Madrid, Portal Mayores. [Fecha de publicación: 30/06/2004]. Recuperado el 20 de marzo de 2020, de <http://www.imsersomayores.csic.es>

Sánchez JL, Braza P. Aislamiento social y factores físico sensoriales en la depresión geriátrica. Rev Esp Geriatria y Gerontología 1992; pp. 28-34.

Salinas, F. y otras (2001): La evolución del tercer sector hacia la empresa social. Estudio cualitativo. Madrid, PPVE (Plataforma para la Promoción del Voluntariado en España).

Sluzki, C. (1996). La red social: Frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Gedisa.

Tesch-Römer, C., Wiest, M., Wurm, S. (2013). Tendencias de la soledad en la segunda mitad de la vida. Z Gerontol Geriat 46, 237-241

(2013). <https://doi.org/10.1007/s00391-012-0359-6>

Trinidad Requena, A & Sanchez Martinez, M (2016). Marcos de análisis de los problemas sociales. Una mirada desde la sociología. Madrid. 142 – 158.

Weiss, R. S. (1983). Loneliness: the experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA: MIT Press.

Yanguas, J; Cilveti, A; Hernández, S; Pinazo, S; Roig, S; Segura, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. Revista de Servicios Sociales Zerbitzuan, (66), 61-75.

Yanguas, J; Cilveti, A; Segura C. (2019) ¿A quiénes afecta la soledad y el aislamiento social? Programa de Personas Mayores de "la Caixa". Publicado en Diciembre de 2019 en <https://observatoriosociallacaixa.org/es/-/soledad-personas-mayores>

Zebhauser A., et al. (2014): "How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study", International journal of geriatric psychiatry, 29 (3), 245-252.

ANEXOS:

Anexo 1: Esquema bloques preguntados

El cuestionario realizado a las personas es el perteneciente a la investigación denominada “Estudio sobre la percepción de soledad de las personas mayores que viven solas en Navarra”, el cual no se adjunta a los anexos debido a que la investigación sigue en curso. Por ello, se realiza un esquema con los bloques y cuestiones recogidas.

Bloque 1: datos sociodemográficos:

- Edad
- Sexo
- Lugar de nacimiento
- Estado civil
- Nivel de estudios
- Vida laboral
- Recursos económicos
- Forma de convivencia

Bloque 2: Salud y cobertura de necesidades abordando aspectos económicos

- Salud percibida
- Enfermedades o problemas de salud
- Discapacidad
- Dependencia
- Necesidades
- Apoyos
- Preocupaciones

Bloque 3: Recursos de apoyo.

- Red familiar
- Red social
- Acceso a servicios públicos
- Acceso a servicios privados
- Redes informales y comunitarias
- Participación social

Bloque 4: Soledad

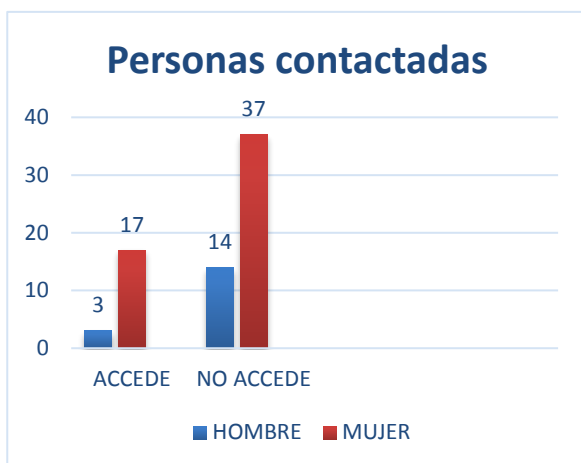
- Soledad social
- Soledad emocional
- Sentimientos y vivencias

Bloque 5: Preferencias en el cuidado

- Quién
- Donde

Anexo 2: Tablas y gráficos

Gráfico: Personas contactadas según el sexo



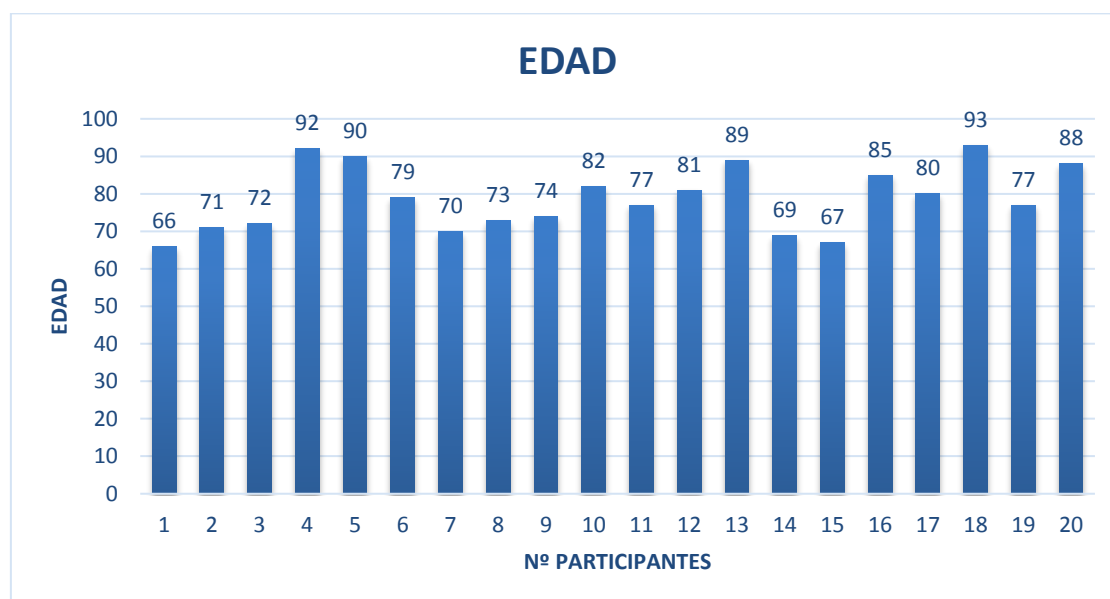
Fuente: Elaboración propia

Gráfico: Personas según el sexo

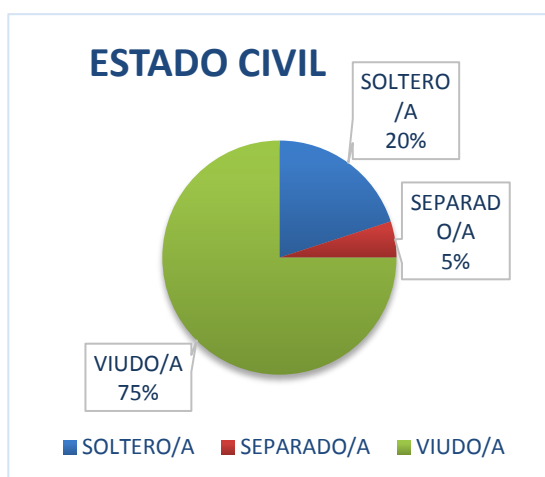


Fuente: Elaboración propia

Gráfico: Personas según la edad



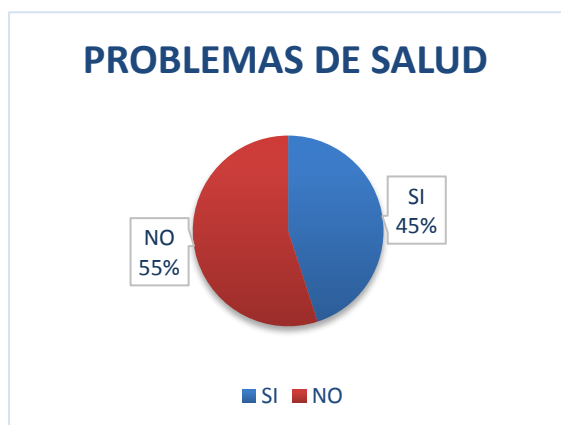
Fuente: elaboración propia.

Gráfico: Estado civil de las personas

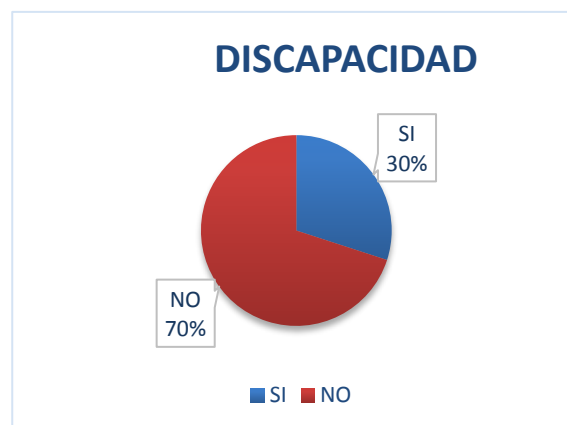
Fuente: elaboración propia.

Gráfico: Relación sexo-estado civil

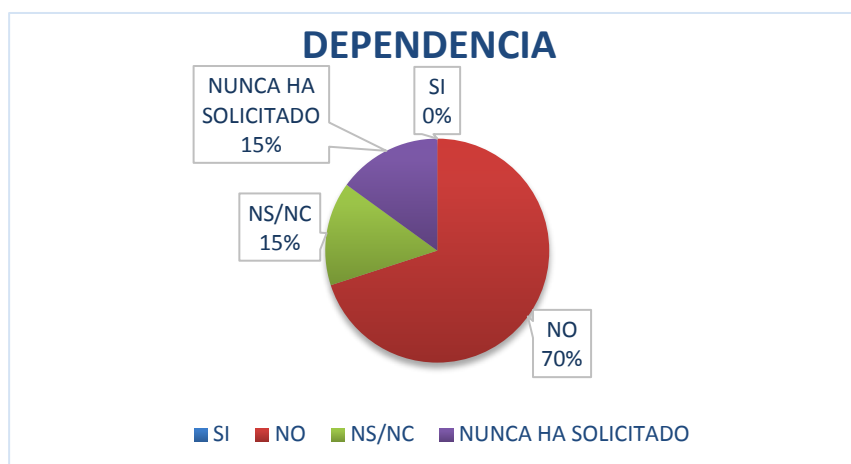
Fuente: elaboración propia

Gráfico 17: Porcentaje según los problemas de salud expresados

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 17: Porcentaje de personas con discapacidad reconocida

Fuente: Elaboración propia

Gráfico : Porcentaje de personas con dependencia reconocida**Fuente:** Elaboración propia**Tabla 9:** Experimentación de la soledad

	SI	MÁS O MENOS	NO
¿Siempre hay alguien con quien pueda hablar de sus problemas diarios?	11	2	6
¿Echa Ud. de menos tener un buen amigo/a de verdad?	4	3	12
¿Siente una sensación de vacío a su alrededor?	6	3	10
¿Hay suficientes personas a las que puede recurrir Ud. en caso de necesidad?	12	1	6
¿Echa Ud. de menos la compañía de otras personas?	8	7	4
¿Piensa que su círculo de amistades es demasiado limitado?	7	3	9
¿Tiene mucha gente en la que confiar completamente?	7	3	9
¿Hay suficientes personas con las que tiene una amistad muy estrecha?	8	4	7
¿Echa de menos tener gente a su alrededor?	6	5	8
¿Se siento abandonada/o a menudo?	4	3	12
¿Se siente sola/o?	7	6	6
¿Está satisfecha/o con su red de apoyo?	11	3	5

Fuente: Elaboración propia

Anexo 3: explotación en base de datos

CONTACTADOS		H	17																				TOTAL	MEDIA
		M	54																				71	
Nº ENTREVISTAS			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
FECHA			24/02/2020	21/02/2020	20/02/2020	14/02/2020	13/02/2020	04/03/2020	23/03/2020	24/03/2020	24/03/2020	25/03/2020	27/03/2020	02/04/2020	03/04/2020	31/03/2020	31/03/2020	21/04/2020	22/04/2020	23/04/2020	06/02/2020	11/02/2020		
DURACIÓN MIN			55	135	90	60	78	90	90	54	57	63	64	89	42	35	52	35	147	46	90	65	1437	71,85
Datos sociodemográficos	EDAD		66	71	72	92	90	79	70	73	74	82	77	81	89	69	67	85	80	93	77	88		78,75
	SEXO	H																					3	
		M																					17	
	ESTADO CIVIL	SEPARADO/ DIVORCIADO																					1	
		SOLTERO																					4	
		VIUDO																					15	
	INGRESOS MENSUALES	500-1000																					7	
		1000-1500																					8	
		1500-2000																					3	
		2000 +																					2	
PERCEPCIÓN SALUD	MUY MALA/MALA																						3	
	ACEPTABLE																						5	
	BUENA/MUY BUENA																						12	
PROBLEMAS DE SALUD	SI NO																						9	
																							11	
REDES DE APOYO	FAMILIA	CONTACTO DIARIO																					13	
		CONTACTO SEMANAL																					2	
		CONTACTO MENSUAL																					1	
		SIN CONTACTO																					4	
	VECINOS	CON RELACIÓN																					12	
		SIN RELACIÓN																					8	
	AMIGOS	CONTACTO DIARIO																					11	
		CONTACTO SEMANAL																					1	
		CONTACTO MENSUAL																					3	
		SIN CONTACTO																					5	